

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***MENTAL HEALTH INVENTORY: ESTUDO DAS
CARACTERÍSTICAS METROLÓGICAS COM AMOSTRAS
PORTUGUESAS COM E SEM PSICOPATOLOGIA***

Ana Margarida Sequeira dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-
Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



***MENTAL HEALTH INVENTORY: ESTUDO DAS
CARACTERÍSTICAS METROLÓGICAS COM AMOSTRAS
PORTUGUESAS COM E SEM PSICOPATOLOGIA***

Ana Margarida Sequeira dos Santos

Dissertação orientada pela Professora Doutora Rosa de Jesus Ferreira Novo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-
Comportamental e Integrativa)**

2015

Agradecimentos

Esta dissertação é o culminar de um caminho que se traçou durante vários meses e que exigiu empenho, dedicação e persistência. Durante esta jornada, várias foram as pessoas que se mostraram disponíveis, não só para dar apoio instrumental, mas essencialmente para dar apoio emocional, através de palavras de encorajamento e gestos de carinho que me ajudaram a seguir em frente. Sem estas pessoas, esta investigação não seria de todo possível. Por isso, expresso o meu mais sincero agradecimento,

À Professora Doutora Rosa Novo, por todo o apoio e disponibilidade incansável, por tudo o que me ensinou e que vou guardar sempre e acima de tudo, por me ajudar a ser uma pessoa mais rica e me incentivar sempre a melhorar, tanto a nível profissional como pessoal.

Ao Professor Doutor Branco Vasco pelo apoio e disponibilidade em ajudar com a recolha de amostra.

À minha família, pela presença, apoio incondicional, carinho e força constantes que me permitirem chegar até aqui. Quero agradecer em particular à minha mãe, ao meu irmão e à minha tia Sandra. Sem eles não seria possível chegar até aqui.

A todas as pessoas e instituições que acederam participar nesta investigação e que, assim, a tornaram possível: Ao Hospital da Horta e à Clínica Psiquiátrica de São José, não só pela colaboração no presente estudo, mas também pela forma como me receberam. Queria agradecer particularmente a todos os participantes que dispenderam o seu precioso tempo e ao Dr. Jaime Grácio, ao Dr. Jorge Pires, à Dra. Sandra Moura, à Dra. Ana Margarida Silva e à Dra. Edna Leita, pela disponibilidade demonstrada em todo o processo de recolha de participantes.

Ao Pedro Pacheco, pela paciência e pelos conhecimentos estatísticos que me transmitiu.

A todos os meus amigos pelas palavras de carinho e encorajamento e por acreditarem em mim. No fundo, quero agradecer pela amizade demonstrada especialmente ao longo destes meses. Um especial obrigado às minhas amigas, mas também colegas Catarina Ramalho e Bianca Viana, que sempre me acompanharam ao longo destes anos de faculdade e me apoiaram neste processo de crescimento e aprendizagem. Também à Isabel Costa, pela amizade, apoio e disponibilidade que sempre me demonstrou ao longo deste ano.

Resumo

A fim de contribuir para o processo de validação do *Mental Health Inventory* (MHI) em Portugal, especificamente ao nível da avaliação da utilidade no âmbito do rastreio de saúde mental, foram conduzidas análises de validade de constructo (convergente e discriminante) e de critério com duas amostras de adultos (18-74 anos) de ambos os sexos, diferenciadas quanto à situação clínica: uma sem queixa clínica ($n = 31$) e outra com história ou queixa clínica ($n = 33$). Para além do MHI, foram utilizados as *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) e o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI – 2), instrumentos que proporcionam medidas convergentes e divergentes relativamente aos dois constructos alvo no MHI, i.e., o Bem-estar Psicológico e o *Distress* Psicológico.

Os resultados indicam que as medidas finais do MHI medem, de facto, os constructos que se propõem medir: estas estabeleceram correlações significativas e de sentido positivo com o SPWB e correlações significativas de sentido negativo com o MMPI – 2. Por outro lado, os índices de sensibilidade, de especificidade e de poder preditivo constituem evidências de validade de critério ao diferenciar as duas amostras relativamente aos diferentes níveis de saúde mental: 84% dos participantes na amostra com queixa clínica foram identificados com baixos níveis de saúde mental e níveis elevados de saúde mental foram 85% das vezes atribuídos à amostra sem queixa clínica. Também as medidas parcelares do MHI mostram ser capazes de diferenciar pessoas com diferentes níveis de bem-estar psicológico e de *distress* psicológico: participantes com resultados elevados no SPWB e resultados baixos no MMPI – 2 foram mais vezes identificados com elevados níveis de bem-estar e baixos níveis de *distress* psicológico no MHI, respetivamente.

Conclui-se que o MHI poderá ser um instrumento útil no rastreio da saúde mental, em contextos de investigação e clínicos, e discute-se a necessidade de replicar este estudo com outras amostras de maior dimensão, equilibradas do ponto de vista sociodemográfico (e.g., sexo, idade e escolaridade) e com controlo da condição clínica e do tipo de patologia.

Palavras-chave: MHI; rastreio; saúde mental; *distress*; bem-estar psicológico

Abstract

In order to contribute to the process of validation of the Mental Health Inventory (MHI) in Portugal, specifically on evaluating the usefulness of this tool in mental health screening, construct (convergent and discriminant) and criterion validity analyzes were conducted with two samples of adults (18-74 years) of both sexes, differentiated by the clinical situation: one without clinical complaints ($n = 31$) and another with a history or clinical complaint ($n = 33$). Apart from the MHI, the Scales of Psychological Well-Being (SPWB) and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI - 2) were used, instruments that provide convergent and divergent measures for the two target constructs on MHI, i.e., Psychological Well-being and Psychological Distress.

The results indicate that the final measures of the MHI measure, in fact, the constructs that are proposed to measure: this established significant positive correlations with SPWB and significant negative correlations with MMPI - 2. On the other hand, the sensitivity, specificity and predictive power indexes constitute criterion validity evidence by differentiating the two samples at the various levels of mental health: 84% of respondents in the sample with clinical complaints were identified with low levels of mental health and high levels of health mental were 85% of the times assigned to the sample without clinical complaints. Also the partial measures of MHI have shown to be able to differentiate people with different levels of psychological well-being and psychological distress: participants with high scores in the SPWB and low scores on the MMPI - 2 were more often identified with high levels of well-being and low levels of psychological distress in MHI, respectively.

We conclude that the MHI can be a useful tool in screening for mental health, in research and clinical settings, and the need to replicate this study with other larger samples, balanced socio-demographic point of view (e.g., sex, age and education) and with controlled clinical conditions and the type of pathology is being discussed.

Keywords: MHI; screening; mental health; distress; well-being

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	3
1. Saúde Mental: Conceito	3
1.2. Bem-Estar: a dimensão positiva da saúde mental	4
1.3. <i>Distress</i> Psicológico: a dimensão negativa da saúde mental	6
2. Avaliação da Saúde Mental	7
3. Mental Health Inventory (MHI) como instrumento de rastreio	9
3.1. MHI: Construção do instrumento e características fundamentais	10
3.2. Potencialidades do MHI como instrumento de rastreio.....	11
3.3. O MHI em Portugal	12
Metodologia.....	14
1. Desenho da Investigação	14
2. Participantes	16
3. Instrumentos	18
3.1. <i>Mental Health Inventory</i> (MHI)	19
3.2. <i>Scales of Psychological Well-Being</i> (SPWB)	20
3.3. <i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2</i> (MMPI-2)	21
4. Procedimentos	23
Resultados	28
1. Estatística descritiva e Estudos de Precisão	28
1.1. Estatística Descritiva	28
1.2. Consistência Interna.....	29
1.3. Índices de Discriminação	30
2. Validade de Constructo.....	30
2.1. Intercorrelações dos diversos componentes do MHI.....	30
2.2. Diferenças entre grupos (sexo e idade)	32
3. Validade Convergente e Discriminante	33
3.1. Intercorrelações do MHI e SPWB	33
3.2. Intercorrelações do MHI e MMPI – 2	34
4. Validade relativa a um critério	36
4.1. Diferenças entre grupos clínico e não-clínico.....	36

4.2. Índices de Sensibilidade e Especificidade da Medida Global de MHI.....	37
4.3. Índices de Sensibilidade e Especificidade da Medida MHI - BEP	41
4.4. Índices de Sensibilidade e Especificidade da medida MHI – Distress Psicológico	43
Discussão	46
Conclusões e Reflexões Finais	52
<i>Implicações.....</i>	53
<i>Limitações e estudos futuros</i>	53
Referências Bibliográficas	55

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização demográfica das duas amostras em estudo	18
Tabela 2. Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas e subescalas do MHI.....	20
Tabela 3. Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas do SPWB	21
Tabela 4. Estatística Descritiva do MHI por Amostra	29
Tabela 5. Consistência Interna do MHI na Amostra Total e na Amostra de Referência	30
Tabela 6. Matriz de Intercorrelações (Pearson) das escalas e subescalas do MHI (N=64)	31
Tabela 7. Resultados da Análise de Componentes Principais com rotação varimax	32
Tabela 8. ANOVA ao nível do sexo e da idade	33
Tabela 9. Correlações (Pearson) entre as medidas do MHI e do SPWB	34
Tabela 10. Correlações (Pearson) entre as medidas do MHI e do MMPI – 2	36
Tabela 11. ANOVA dos resultados da amostra clínica e não clínica.....	37
Tabela 12. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo da medida total do MHI (critério: condição clínica)	38
Tabela 13. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo na medida total do MHI (critério: MMPI – 2).....	39
Tabela 14. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo na medida de Bem-Estar Psicológico do MHI (critério: medida total do SPWB).....	41
Tabela 15. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo na medida de Distress Psicológico do MHI (critério: MMPI – 2)	43

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa de Investigação	16
Figura 2. Curva ROC para a medida total do MHI	40
Figura 3. Curva ROC para a medida de Bem-Estar Psicológico do MHI	43
Figura 4. Curva ROC para a medida de Distress Psicológico do MHI	45

Anexos

Anexo A – Instrumentos: Caracterização das escalas em estudo

Anexo B – Dados Descriminados dos Estudos: Tabelas Complementares

Lista de Abreviaturas

Abreviatura	Significado
AC	Amostra Clínica
ANC	Amostra Não Clínica
AR	Amostra de Referência
AT	Amostra Total
BEP	Bem-Estar Psicológico
DP	<i>Distress</i> Psicológico
SPWB	<i>Scales of Psychological Well-Being</i>
MHI	<i>Mental Health Inventory</i>
MHI – BEP	Medida de Bem-Estar Psicológico do MHI
MHI – DP	Medida de <i>Distress</i> Psicológico do MHI
MMPI – 2	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2</i>

*“A loucura, longe de ser uma anomalia, é a condição normal humana.
Não ter consciência dela, e ela não ser grande, é ser homem normal.
Não ter consciência dela e ela ser grande, é ser louco.
Ter consciência dela e ela ser pequena é ser desiludido.
Ter consciência dela e ela ser grande é ser génio.”*

Fernando Pessoa, *Aforismos e afins*

Introdução

O presente estudo pretende analisar as potencialidades e limitações do *Mental Health Inventory* (MHI) no âmbito do rastreio da saúde mental.

Sabemos que no último século a esperança de vida tem vindo a aumentar como nunca antes se vira. Verifica-se também que a prevalência de doenças mentais tem vindo a aumentar ao longo dos anos, especialmente no que diz respeito a Portugal (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013). Apesar da doença mental não ser geralmente, por si só fatal, ela é a uma das maiores causas de incapacidade em todo mundo (Brundtland, 2000). Torna-se assim premente considerar a forma como as pessoas estão a viver e não apenas como elas estão a perecer, adotando para tal medidas preventivas ao nível da saúde mental. Nesse sentido, tem-se assistido a uma mudança ao longo dos anos no foco relativo à saúde mental. Compreende-se atualmente que a saúde mental é um importante promotor da saúde global, que envolve não só dimensões negativas, mas fundamentalmente dimensões positivas. Esta mudança conduziu a que se avaliasse a saúde mental de forma mais ampla e é neste âmbito que se enquadra a presente investigação.

Partindo de uma abordagem compreensiva, pretende-se contribuir para o processo de validação do MHI, considerando a sensibilidade do mesmo em detetar diferentes níveis de saúde mental. Este é um instrumento que reflete a polissemia do conceito de saúde mental, operacionalizando-a através de dois constructos principais – *distress* psicológico e bem-estar psicológico – e de várias dimensões associadas. Diversos estudos, tanto a nível internacional, como nacional, têm reconhecido esta medida como útil na avaliação da saúde mental global ao nível da população em geral. Contudo, os resultados destes estudos têm limitada aplicação ao nível da diferenciação entre pessoas com história clínica daqueles que não a têm. Tal deve-se ao facto dos estudos, especialmente a nível nacional, se focarem apenas em pessoas saudáveis e sem queixa clínica atual. Além disso, estudos realizados em Portugal focam-se em grupos etários específicos (jovens e idosos), não representando uma numerosa parte da população. Assim, o presente estudo dá resposta a estas limitações e visa a inclusão de pessoas na faixa etária mais numerosa (adultos) e com diagnóstico ou história clínica.

A presente investigação pretende, assim, examinar a capacidade do MHI para identificar indícios de fragilidade ao nível mental e habilitar os clínicos a tomadas de decisão atempadas que

minimizem o sofrimento e a evolução de situações críticas, bem como o agravamento de patologias e das correlativas incapacidades.

Este trabalho está organizado em cinco pontos. No primeiro ponto, é apresentado o enquadramento teórico do estudo, abordando-se aspetos conceptuais referentes à saúde mental, à sua avaliação e ao MHI especificamente. No segundo ponto, figuram os objetivos e hipóteses formuladas no âmbito do mesmo. Neste ponto é também descrito o método utilizado, os participantes do estudo, os instrumentos e os procedimentos. No terceiro ponto são apresentados os resultados obtidos neste estudo, os quais são discutidos no quarto ponto. Por último, são apresentadas as conclusões da investigação, fazendo-se também referência a possíveis limitações e a pistas para investigações futuras.

Revisão de Literatura

“Health is not simply the absence of disease: it is something positive...”
—Henry Sigerist, *Medicine and Human Welfare*

1. Saúde Mental: Conceito

A concepção de saúde mental é um conceito polissêmico e com fronteiras imprecisas (Bertolote, 2008). As formas de a entender e definir estão constantemente a mudar, pelo que é vital que se aprecie a natureza diversificada da linguagem, das ideias e das explicações envolvidas nesta área ao longo do tempo (Coppock & Dunn, 2010).

Durante muitos anos, a saúde mental foi definida como a ausência de psicopatologia, contudo esta visão tem vindo a ser desafiada. De um ponto de vista psicológico, a doença mental representa apenas um resultado mínimo no desenvolvimento de vida útil (Westerhof & Keyes, 2010), podendo, consequentemente, coexistir com a saúde. Nesse sentido, é necessário não limitar a definição da saúde mental à ausência de psicopatologia e incluir na sua definição indicadores positivos. Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu-a do seguinte modo: *“(mental health is) a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community”* (WHO, 2005). Desta definição decorrem três componentes centrais: (1) bem-estar, (2) funcionamento eficaz do indivíduo, e (3) funcionamento eficaz na comunidade (WHO, 2005). Isto pressupõe, assim, que a saúde mental, além de ausência de doença mental, é também um fenómeno positivo que implica capacidades pessoais que contribuam para variados resultados como: influências positivas no estilo de vida e comportamento, desempenho social, melhor qualidade de vida e envelhecimento produtivo (Vaingankar *et al.*, 2011). A OMS adianta também que a saúde mental é parte integrante da saúde geral e que há interdependência desta com a saúde física e social.

Diversos estudos têm apoiado esta concepção. Segundo, por exemplo o Modelo de Dois Contínuos de Perturbação e Saúde Mental, de Westerhof e Keyes (2010), a saúde mental é concebida como um estado completo no qual os indivíduos são livres de psicopatologia e em *flourishing*¹, com altos níveis de bem-estar emocional (i.e., sentimentos de felicidade e satisfação

¹ Alguns termos não foram traduzidos do inglês, uma vez que as possíveis não abarcam o verdadeiro significado da palavra.

com a vida), psicológico (funcionamento individual positivo em termos de autorrealização) e social (i.e., funcionamento social positivo em termos de ter valor social), presumindo-se, assim, como *summum bonum* do funcionamento pessoal e do valor social (Keyes, 2002, 2003a, 2003b, 2005).

Deste modo, a perturbação e a saúde mental são entendidas como dimensões unipolares distintas mas relacionadas, que constituem um estado completo de saúde (mental). Assim, estas operam como eixos correlacionados, e não extremidades opostas de um único contínuo, onde a ausência de perturbação não é igual à presença de saúde mental (Keyes, 2005). De facto, segundo o modelo, a saúde mental é assinalada por diferentes níveis de bem-estar emocional, psicológico e social, que distingue não só aqueles que estão livres de perturbação, mas também o nível de funcionamento daqueles que padecem de perturbação. Nesse sentido, um estado completo de saúde mental (i.e., a ausência de perturbação mental e presença de *flourishing*) é algo mais funcional e adaptativo que saúde mental moderada (i.e., ausência de perturbação) ou puro *languishing*. Por outro lado, puro *languishing* (ausência de patologia e de bem-estar) é tão disfuncional como um episódio de doença mental puro. Desta maneira, indivíduos que estão em *flourishing*, mas têm um episódio de perturbação, funcionam melhor (e.g., menos faltas no trabalho) do que aqueles com saúde mental moderada, que por sua vez funcionam melhor que indivíduos que se encontram *languishing* e tem episódios de perturbação (Westerhof & Keyes, 2010).

Percebe-se desta forma, que o entendimento do que é a saúde mental está cada vez mais focado no bem-estar e não na psicopatologia, pelo que se deve compreendê-la como “uma síndrome organizada a partir da ausência ou reduzida expressão de sinais de sofrimento ou doença mental, bem como da presença de sintomas de bem-estar emocional, psicológico e social” (Novo, 2005). Importa, consequentemente, explorar este par de dimensões, positiva e negativa, que são parte integrante da saúde mental, de forma a aprofundar o nosso conhecimento sobre este conceito.

1.2. Bem-Estar: a dimensão positiva da saúde mental

Tradicionalmente, o campo de pesquisa do bem-estar mental estava dividido em duas teorias autossustentadas: o bem-estar hedónico e o bem-estar eudaimónico (Vaingankar *et al.*, 2014, Keyes *et al.*, 2002; Ryan & Deci, 2001; Waterman, 1993, como citado em Westerof & Keyes, 2010).

A tradição hedónica foi a primeira surgir, introduzindo o conceito multidimensional de bem-estar emocional (também referido como bem-estar hedónico) (Keyes, 2007). Este envolve sentimentos de felicidade, satisfação e interesse na vida; avaliações da vida em geral em termos emocionais (i.e., satisfação com a vida); e a presença de afetos positivos e ausência de afetos

negativos (Diener 1984; Diener *et al.* 1999; Westerhof 2001, com citado em de Keyes, 2005). Deste modo, a tradição hedonista tem como objetivo final a felicidade (viver a vida de forma totalmente satisfatória) e o evitamento da dor (Deci & Ryan, 2008).

A tradição hedonista inclui também o bem-estar subjetivo que se relaciona com a avaliação que as pessoas fazem sobre as suas vidas, a partir das experiências emocionais positivas e negativas, tendo por base valores, necessidades, expectativas e crenças individuais (Novo, 2005), abrangendo, assim, a experiência de um elevado nível de afeto positivo, um baixo nível de afeto negativo e um alto nível de satisfação com a vida (Deci & Ryan, 2008).

A outra tradição, a do bem-estar eudaimónico, surgiu depois, devido ao desconforto com a visão estreita de bem-estar que havia até à altura, ou seja, a da tradição hedónica. Começou assim, a pensar-se na noção de bem-estar em termos de aspirações individuais e funcionamento ótimo (Ryan and Deci 2001; Ryff 1989, como citado em Westerhof & Keyes, 2010), não encarando, por conseguinte, a felicidade como um fim, mas como um processo para satisfazer a verdadeira natureza de cada um e um produto do desenvolvimento e realização pessoal (Deci & Ryan, 2008; Ryff, 1989). Nesta linha, insere-se o Bem-estar Psicológico, que é constituído por seis elementos básicos de funcionamento e desenvolvimento positivo: aceitação de si, propósito na vida, autonomia, relações positivas com os outros, domínio do meio e crescimento global. Cada uma destas dimensões é importante para que as pessoas se esforcem para se tornarem melhores e alcançar o seu próprio potencial (Westerhof & Keyes, 2010), uma vez que englobam a perceção pessoal e interpessoal, bem como a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização para o futuro (Novo, 2005).

Segundo Keyes (1998), não chega focar apenas no funcionamento ótimo em termos de realização individual, mas também em termos de envolvimento e inserção social. Surge, assim, o Bem-estar Social como conceito que diz respeito à perceção do indivíduo sobre as relações que estabelece com os outros e com o meio, sendo constituído por cinco dimensões (coerência social, aceitação social, atualização social, contribuição social e integração social) que descrevem o funcionamento ótimo de uma pessoa na sociedade.

Segundo Wasterhof & Keyes (2010), a combinação entre o bem-estar hedónico e os aspetos psicológicos e sociais do bem-estar eudaimónico, constituem a definição de Saúde Mental Positiva, sendo que o bem-estar emocional corresponde à felicidade e satisfação emocional, o bem-estar psicológico corresponde à avaliação subjetiva do funcionamento individual ótimo e o bem-estar

social indica a avaliação subjetiva de funcionamento ótimo para a comunidade. Nesse sentido, é a integração destes três tipos de bem-estar que permite considerar verdadeiramente a saúde mental (Novo, 2005).

1.3. *Distress* Psicológico: a dimensão negativa da saúde mental

De acordo com a definição mais atual, a saúde mental abrange dimensões positivas e negativas. Importa, assim, agora explorar a dimensão negativa, ou melhor, o *distress* psicológico.

O *distress* é um conceito largamente utilizado como um indicador de saúde mental da população em inquéritos populacionais, em estudos epidemiológicos e na saúde pública, e como o resultado de ensaios clínicos e estudos de intervenção (Drapeau, Marchand & Beaulieu-Prévost, 2011). Contudo, este conceito é aplicado a uma combinação indiferenciada de sintomas que vão de sintomas depressivos e de ansiedade, até traços de personalidade, alterações funcionais e problemas comportamentais (Drapeau *et al.*, 2011). Porém, há consenso geral relativamente ao facto do *distress* psicológico ser um estado emocional de desconforto único, temporário ou permanente, que é caracterizado por sintomas de depressão (e.g., falta de interesse, tristeza, falta de esperança) e de ansiedade (e.g., inquietação, tensão, nervosismo), os quais podem estar associados a sintomas somáticos (e.g., insónia, dores de cabeça, falta de energia) (Drapeau *et al.*, 2011). O *distress* psicológico tem como atributos definitórios: o dano (temporário ou permanente); a mudança de estado emocional; a perceção da incapacidade de lidar eficazmente com as situações, que advém da crença de que não há solução para a situação vivida; o desconforto; e a comunicação desse desconforto (Ridner, 2003).

Diversos autores referem também a importância do efeito do *stress* no *distress*, contudo reconhece-se que há manifestações deste estado na ausência do mesmo. Além disso, considerar o *stress* como algo inerente a este conceito, limita este estado a uma natureza transiente, que nem sempre se verifica.

O *distress* psicológico tem também sido visto como um sinal de perturbação emocional que pode ter impacto no funcionamento social e na vida do dia-à-dia dos indivíduos; como um critério de diagnóstico de algumas perturbações psiquiátricas (e.g., POC, PSD); ou ainda, em conformidade com comprometimento da vida diária, como um marcador da severidade dos sintomas de algumas perturbações (e.g., depressão major, GAD) (Drapeau *et al.*, 2011).

A diversidade de significados atribuídos ao constructo de *distress* psicológico conduz a dificuldades na construção de instrumentos estandardizados de medida, pelo que muitos

instrumentos se centram apenas na avaliação da sintomatologia mais consensualmente reconhecida como associada ao sofrimento psicológico (depressão, ansiedade e sintomas somáticos).

2. Avaliação da Saúde Mental

As alterações na definição de saúde mental acarretam, naturalmente, alterações na forma de operacionalizar. Os primeiros instrumentos possuíam características muito heterogêneas ao nível do conteúdo, incluindo não só medidas diretas de constructos psicológicos mais tradicionais (como sintomas de ansiedade e depressão), mas também medidas de sintomas físicos e psicossomáticos, estado funcional, hábitos de vida saudáveis, preocupações de saúde ou outras (Veit & Ware, 1983). Estas medidas, no entanto, apesar de satisfatórias para testar hipóteses de saúde em geral, parecem não distinguir bem as mudanças na saúde mental das da saúde física (Ware *et al.*, 1979; Ware, Brook, Davies-Avery, *et al.*, 1980b, citado em Veit & Ware, 1983).

Deste modo, os instrumentos mais recentes focam quase exclusivamente medidas mais diretas de constructos psicológicos, bem como sintomas de ansiedade e depressão, que refletem tipos de *distress* psicológico mais prevalentes na população em geral. Estas alterações aumentam a sensibilidade dos instrumentos, porém, para aumentar a validade de conteúdo e representar características inerentes ao constructo de saúde mental deverá incluir-se não só a mera frequência ou intensidade de sintomas de *distress* psicológico, mas também medidas de bem-estar psicológico (e.g., sentimentos de alegria, interesse pela vida e apreciação da mesma) (Veit & Ware, 1983), uma vez que estes dois atributos não são extremidades opostas do mesmo contínuo. Com a inclusão destas medidas, eliminar-se-á o risco de possíveis lacunas importantes na compreensão da saúde, bem-estar, qualidade de vida e resiliência (Winefield, Gill, Taylor & Pikinton, 2012).

Além disso, proporcionará a distinção entre pessoas identificadas com *distress* psicológico (Veit & Ware, 1983) com e sem bem-estar. Dado que as medidas de frequência ou intensidade de sintomas de *distress* são frequentemente derivados de populações clínicas, elas são consequentemente melhores preditoras de perturbações psiquiátricas em geral (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair & Battaglini, 1998). Neste sentido o bem-estar psicológico é útil em diagnósticos diferenciais de populações clínicas face a não-clínicas.

Esta combinação de medidas de *distress* e bem-estar psicológico poderá também ser vantajosa em estudos epidemiológicos, permitindo considerar diferenciadamente os melhores preditores de comportamentos mais saudáveis: diminuição do *distress* psicológico ou ao aumento de bem-estar psicológico.

Deste modo, torna-se necessário compreender de que forma se devem medir estes dois constructos (i.e., *distress* psicológico e bem-estar psicológico), isto é, que dimensões se devem ter em conta e se deverão ser medidos: como pólos opostos de um mesmo contínuo de saúde mental ou como dois constructos independentes.

Como referido anteriormente, o bem-estar psicológico (BEP), conceptualizado como combinação de felicidade (perspetiva hedónica) e funcionamento eficaz ótimo na vida individual e social (perspetiva eudaimónica) (Deci & Ryan, 2008), exige medidas que considerem: conceitos de estado funcional, bem-estar e percepções gerais de saúde como estando relacionados com indicadores de saúde relacionados com a qualidade de vida (Ware & Gandek, 1994).

Relativamente ao *distress* psicológico existe uma relativa consensualidade de que fatores como a ansiedade, a tristeza, a irritabilidade, a autoconsciência e a vulnerabilidade emocional estão fortemente correlacionadas com a redução da qualidade e duração de vida, o recurso a serviços de saúde e a morbidez física (Winefield *et al.*, 2012), sendo estes os aspetos a serem tidos em conta na medição deste constructo.

Deverão estes constructos ser pólos de um mesmo contínuo ou constructos independentes? Os investigadores dão respostas diferentes a esta questão. Massé e colaboradores (1998) e Keyes (2005) entendem que a saúde mental e a doença mental deveriam ser consideradas como eixos correlacionados, e não extremidades opostas do mesmo contínuo, isto é, dois constructos interrelacionados mas globalmente independentes que devem ser medidos em dois eixos independentes. Assim sendo, um desses eixos basear-se-ia na alta ou baixa prevalência de perturbação mental, expressando uma gradação no nível de incapacidade e *distress* relacionado com uma determinada perturbação mental, ao passo que o outro eixo assentaria na oposição entre o estado ótimo a mínimo de saúde mental e referir-se-ia à harmonia e equilíbrio entre condições sociais, económicas, profissionais e de vida, que permitem a otimização das capacidades mentais (Massé *et al.* 1998). Este tipo de conceptualização permite que elevados níveis de sintomatologia de *distress*, não sejam automaticamente incompatíveis com elevada satisfação com a vida, felicidade e de outros componentes de bem-estar.

Deste modo, a avaliação da saúde mental na população em geral, deverá ser feita através de medidas concomitantes de manifestações positivas e negativas, seguindo um modelo de primeira ordem, em que o constructo latente de saúde mental está ligado a dois subconstructos interrelacionados de *distress* psicológico e bem-estar (Massé *et al.*, 1998).

Além da estrutura, importa também refletir sobre as propriedades que estes instrumentos devem possuir de forma a serem constituídos como boas e importantes ferramentas para identificar os diferentes níveis de saúde mental. O estudo detalhado de propriedades psicométricas, tais como precisão e validade torna-se necessário para que se consiga instrumentos adequados e fidedignos à identificação de saúde mental, quer de bem-estar, quer de sofrimento psicológico e incapacidade de ter uma vida útil.

Na construção destas medidas deverá também ter-se em conta a quem estas são dirigidas e em que contextos são utilizados. Um desenvolvimento importante nos resultados de investigação na área dos cuidados de saúde é o reconhecimento da centralidade do ponto de vista do paciente. Instrumentos breves permitem providenciar métodos para que os pacientes consigam expressar as suas visões sobre aquilo que é realmente importante para eles e quantificar os resultados tal como é requerido para monitorizar mudanças ao longo do tempo e compará-los com as normas e resultados de outros estudos (Ware & Gandek, 1994).

Assim, na base da seleção dos itens destas medidas breves deverão estar princípios como a sua abrangência, brevidade e a obtenção de elevados padrões de precisão e validade, sendo o aspeto prático o fator mais importante nestes instrumentos, isto é, que eles sejam mais breves que outras medidas e ao mesmo tempo informem mais do que apenas instrumentos que medem apenas cada conceito de saúde separadamente (Ware & Gandek, 1994). Além disso, estas medidas deverão ser de tipo dimensional em vez de categorial (Ribeiro, 2011).

3. Mental Health Inventory (MHI) como instrumento de rastreio

A última década tem sido assinalada pela emergência de pesquisas acerca do bem-estar mental, a nível da população em geral, que conduziram a um marcado desenvolvimento de medidas de saúde mental e bem-estar que refletissem uma combinação de conceitos de dimensões sociais, comportamentais, afetivas e cognitivas de saúde mental no âmbito de teorias de bem-estar psicológico e subjetivo (Vaingankar *et al.*, 2014). Contudo, nem todas estas medidas incluem a dimensão positiva e negativa da saúde mental na sua estrutura, não permitindo alcançar o objetivo de avaliar a saúde mental no seu todo, quer no âmbito de estudos epidemiológicos, quer na avaliação dos resultados de saúde que decorrem do tratamento de doenças crónicas e agudas. O *Mental Health Inventory*, porém, constitui-se dessa forma.

3.1.MHI: Construção do instrumento e características fundamentais

O Mental Health Inventory (MHI), tanto na sua versão original como na sua versão abreviada (MHI-5), é um instrumento de medida do funcionamento mental geral, que foi concebido para medir o *distress* psicológico e o bem-estar psicológico na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. É um instrumento amplamente utilizado, reconhecido e validado, com a sua versão original desenvolvida em 1975 por Veit e Ware (1983), no âmbito do *Health Insurance Study* (HIS), pela *Rand Corporation*. O HIS foi um estudo, com uma duração de 15 anos, iniciado em 1971 para o *Department of Health, Education, and Welfare of the United States of America*, concebido para avaliar a saúde mental da população, tendo por base a definição fundadora de 1948 da OMS. Pretendia-se neste estudo estimar o recurso a serviços de saúde (mental e geral), nomeadamente o estado de saúde da população, os efeitos de diferentes formas de financiamento do sistema de saúde, bem como a satisfação dos doentes com os resultados dos serviços (Ribeiro, 2011). Especificamente o MHI foi parte integrante do questionário do Medical Outcomes Study (MOS).

A maioria dos seus itens foram selecionados ou adaptados através do General Well-Being Schedule (GWB), desenvolvido por Dupuy (Ware & Gandek, 1994), que manifesta diversos constructos de *distress* e bem-estar psicológicos. Contudo, e uma vez que havia algumas dimensões que não estavam bem definidas, foi necessário acrescentar mais alguns itens ao MHI (Ribeiro, 2011).

Nesse sentido, o MHI propõe-se identificar aspetos negativos e positivos da saúde mental, a diferenciar indivíduos com níveis superiores ou inferiores de saúde mental na população em geral e a fornecer indicações para o rastreio de doença mental (Ribeiro, 2011).

Os estudos de análise fatorial realizados com a versão original (MHI-38 itens) confirmaram um fator geral de saúde mental (saúde mental total), dois fatores correlacionados, mas distintos de ordem superior (*distress* psicológico e bem-estar psicológico) e cinco fatores correlacionados de ordem inferior, que correspondem às subescalas do instrumento: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional ou Comportamental, Afeto Positivo e Laços Emocionais (Ware & Gandek, 1994). Esta estrutura fatorial foi replicada com diferentes amostras, em diferentes regiões dos EUA, assim como noutras versões adaptadas a diferentes países.

Posteriormente foi desenvolvida uma versão reduzida, o MHI-5 composto apenas por cinco itens relativos à ansiedade, à depressão, à perda de controlo emocional e comportamental e ao bem-

estar psicológico. O MHI – 5 revelou boa correlação com a versão original (MHI – 38), entre .95 e de .93 (Ware & Gandek, 1994). Esta versão tem sido utilizada isoladamente como teste de rastreio e como parte integrante de questionários de qualidade de vida, tal como o *Short Form Health Survey* (SF-36 ou SF-20).

3.2.Potencialidades do MHI como instrumento de rastreio

O MHI foi criado para investigação epidemiológica, tendo o seu primeiro estudo sido realizado no âmbito do HIS, que abrangeu 4444 pessoas de seis zonas em seis estados dos EUA. Demonstrou-se neste estudo que o MHI conseguia efetivamente predizer se as pessoas iriam procurar apoio dos serviços de saúde mental, e a intensidade dos serviços recebidos, demonstrando, consequentemente, a validade do MHI como medida de saúde mental.

Apesar do MHI ter sido elaborado para este estudo, em particular, o racional do seu desenvolvimento e resultados encontrados foram considerados, por Veit e Ware (1983), úteis para conceptualizar e medir a Saúde mental na população em geral.

A sua contínua utilização tem vindo a demonstrar a sua capacidade preditiva relativamente ao uso de serviços ambulatoriais de saúde mental e a diagnósticos através de entrevistas clínicas (Means-Christensen, Arnau, Tonidandel, Bramson & Meagher, 2005). Sendo o MHI um instrumento dimensional faz com que seja possível quantificar e monitorizar as mudanças ao longo do tempo, além de permitir comparações face a normas e a resultados de outros estudos; constituiu-se, assim, como uma mais-valia para os serviços de saúde e para a investigação nesta área. Além disso, tem mostrado conseguir distinguir pacientes com condições psiquiátricas, daqueles que não as têm (McHorney et al, 1993, como citado em Means-Christensen *et al.*, 2005).

Outros estudos têm também demonstrado a utilidade do MHI (na sua versão reduzida e completa) com diferentes populações. Por exemplo, Ostroff, Woolverton, Berry, e Lesko, (1996), Heubeck e Neill (2000) e Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez (in press), demonstraram a aplicabilidade e utilidade do MHI em pessoas mais jovens, isto é, em adolescentes. Confirmaram a validade e a precisão da medida, recomendando o uso deste instrumento em estudos de comparação de níveis de saúde mental em população não psiquiátrica. De destacar o facto, de os três estudos terem sido realizados em três populações diferentes: americana, australiana e portuguesa, respetivamente. Yamazaki, Fukuhara e Green (2005), demonstraram, através de uma população japonesa de 4500 pessoas, que este instrumento era apropriado para identificar pessoas

com sintomas depressivos nesta população em geral. Holmes (1998), através de um estudo com doentes com HIV, concluiu também que o MHI (neste caso a versão reduzida), era a melhor medida para os clínicos de medicina geral e familiar detetarem a emergência de perturbação mental nestes doentes. Gerson *et al.* (2004), numa população de veteranos idosos, demonstraram que o MHI, como instrumento de rastreio, era capaz de identificar aqueles com um risco acrescido de apresentar diagnósticos subsequentes de DSM. Van den Beukel, Siegert, van Dijk, Ter Wee, Dekker e Honig (2012), demonstraram, através da comparação com Beck Depression Inventory, como MHI-5 pode ajudar os clínicos a detetar sintomas depressivos em pacientes em diálise crónica.

Diversos estudos de comparação com outros instrumentos também têm demonstrado a utilidade do MHI. A título de exemplo temos o estudo de McCabe, Thomas, Brazier, e Coleman, (1996), que confirmou a validade, precisão e sensibilidade do MHI – 5 na caracterização da saúde mental, concluindo que este é mais adequado para investigação. Weinstein, Berwick, Goldman, Murphy, e Barsky (1989), também confirmaram que o MHI era o melhor instrumento de rastreio para detetar a probabilidade de existência de perturbação mental. Thorsen, Ruqulies, Hjarsbech e Bjorner (2013), comparando o MHI-5 com o Major Depression Inventory (MDI), numa população dinamarquesa, concluíram que o MHI-5 é o melhor preditor, entre ambos, de ausência de doença a longo prazo. Means-Christensen, Arnau, Tonidandel, Bramson e Meagher (2005), demonstraram que o MHI era capaz de eficientemente e eficazmente identificar perturbações mentais, nomeadamente depressão major e perturbação de pânico, numa porção significativa de pacientes em cuidados primários.

3.3. O MHI em Portugal

Apesar de existir um grande número de instrumentos disponíveis atualmente para medir a saúde mental e o bem-estar, denota-se que estes têm sido desenvolvidos e usados dentro da mesma população, comprometendo a validade dos resultados para outros países, isto é, a adequação e desempenho noutras populações poderá ser diferente, visto os conceitos de saúde mental poderem ser únicos e relevantes para culturas específicas devido a diversas razões (Vaingankar et al, 2014, Vaingankar *et al.*, 2011). Além disso, denota-se uma probabilidade reduzida de instrumentos construídos num idioma e destinados a uma determinada cultura ou nação, se adequarem a outras, caso se traduza literalmente os itens, pois ocorrerá alteração das propriedades métricas (Ribeiro, 2011). Nesse sentido, a tradução, a validação e a criação de normas para estes instrumentos noutros

países possibilitará aumentar a realização do valor multidimensional de ensaios clínicos e investigação em geral a nível internacional, uma vez que permitirá utilizar métodos para realizar comparações de estado de saúde entre países (Ware & Gandek, 1994).

O MHI tem sido sujeito a traduções e a estudos de validade em diversos países, onde se inclui Portugal. A nível nacional existem dois estudos de tradução do MHI, apresentando ambos níveis de consistência interna elevados. Especificamente, no processo de adaptação e validação para a população portuguesa do estudo de Ribeiro (2011), utilizou-se uma população composta por jovens (16 -30 anos) saudáveis e aceitou-se a estrutura original da escala, inspecionando-se a consistência interna de cada uma das subescalas, o agrupamento das mesmas em duas escalas parcelares (bem-estar e *distress* psicológicos) e da totalidade da escala. Também neste estudo se traduziu e estudou as qualidades psicométricas da versão reduzida: MHI-5. Por outro lado, o estudo de tradução de Duarte-Silva e Novo (2001) contou com adultos idosos, sem presença de psicopatologia.

Há, a nível nacional, algumas investigações sobre as qualidades psicométricas dos instrumentos, em diferentes populações, tal como já foi referido, contudo até ao momento ainda nenhuma estudou a sensibilidade e especificidade desta medida na população portuguesa.

Assim, nesta investigação, pretende-se estudar a validade de constructo e de critério das medidas do MHI na população portuguesa, através da comparação de grupos com e sem psicopatologia e através da análise das correlações do instrumento com outras medidas. Espera-se, deste modo, compreender as potencialidades e limitações deste instrumento para o rastreio da saúde mental em diversos contextos.

Metodologia

1. Desenho da Investigação

A presente investigação teve como ponto de partida a seguinte questão:

Qual a utilidade do Mental Health Inventory (MHI) no rastreio de saúde mental? Qual a sua capacidade para identificar e diferenciar situações de patologia mental?

De forma a alcançar a resposta a estas perguntas, e tendo por base uma conceptualização de saúde mental abrangente (i.e., não apenas como ausência de patologia mental, mas também como estado de bem-estar), foi delineado o presente estudo com o objetivo de analisar os resultados do MHI, como índices de saúde mental, em diferentes amostras, clínicas e não clínicas², da população portuguesa. Pretende-se saber, especificamente, se o MHI pode ser utilizado no âmbito da tomada de decisão clínica e no âmbito da investigação, como indicador de saúde mental global, bem como de bem-estar psicológico e de sofrimento psicológico. Neste sentido, a investigação foi delineada como um estudo de validade das três medidas finais do MHI, em que se pretende analisar as relações destas medidas com outras independentes, assim como analisar a sensibilidade destas relativamente a grupos clínicos diferentes (com/sem queixa clínica).

Nesse sentido, a investigação segue um modelo transversal, com momento único de recolha de dados, através de metodologias quantitativas, numa orientação de tipo diferencial de comparação de grupos, com e sem queixa clínica. Trata-se de um estudo de validação de constructo e de validação empírica. Na primeira parte do estudo procura-se esclarecer o significado, os limites interpretativos e a utilidade dos constructos medidos; na segunda parte do estudo, orientado para a validade empírica ou relativa a um critério, procura-se assegurar que as medidas do MHI conseguem predizer corretamente a ausência ou a presença de saúde mental.

De acordo com este delineamento foram identificados três objetivos específicos e equacionou-se os possíveis resultados associados:

Objetivo 1: *Analisar a convergência das medidas finais do MHI (global e parcelares) relativamente a outras medidas independentes que operacionalizam os mesmos constructos (validade convergente).*

² Neste estudo, quando se adjectiva o grupo ou a amostra de clínica, pretende-se referir um conjunto de participantes com história clínica ou diagnóstico de alterações do foro psicopatológico.

Desta análise, espera-se que os resultados nas *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) estejam correlacionados positivamente com os resultados na escala de Bem-Estar Psicológico do MHI. Do mesmo modo, os resultados no *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2* (MMPI – 2), esperam-se correlacionados negativamente com os resultados na escala de *Distress* Psicológico do MHI³.

Objetivo 2: *Analisar a independência das medidas finais do MHI (global e parcelares) relativamente a outras medidas que operacionalizam constructos psicológicos teoricamente não associados (validade divergente).*

Desta análise, espera-se que os resultados nas SPWB estejam correlacionados positivamente com os resultados na escala de *Distress* Psicológico do MHI. Já os resultados no MMPI – 2, esperam-se correlacionados negativamente com os resultados na escala de Bem-Estar Psicológico do MHI.

Objetivo 3: *Analisar a sensibilidade, a especificidade e o poder preditivo global das medidas finais do MHI.*

Este objetivo será concretizado considerando os seguintes critérios:

Critério – Condição clínica: espera-se que o grupo de participantes sem queixa clínica seja mais vezes identificado pela medida do MHI – Total como tendo níveis elevados de saúde mental. Do mesmo modo, espera-se que o grupo de participantes com queixa clínica seja mais vezes identificados pelo MHI como tendo baixos níveis de saúde mental.

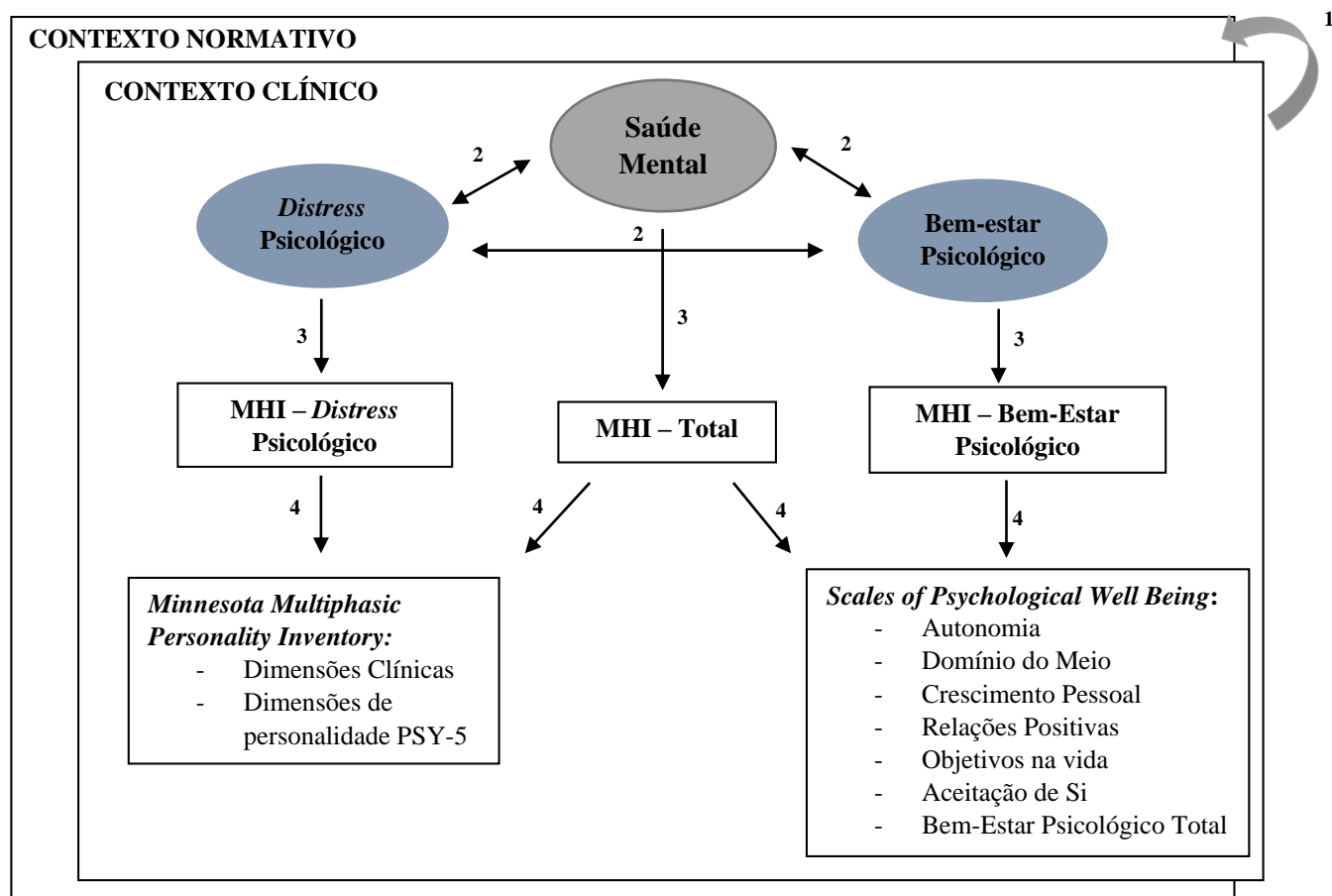
Critério – Medidas Convergentes e Divergentes – SPWB: espera-se que resultados elevados no SPWB concorram com resultados elevados na medida de Bem-Estar Psicológico do MHI e que baixos resultados divirjam.

Critério – Medidas Convergentes e Divergentes – MMPI – 2: espera-se que resultados elevados no MMPI – 2 concorram com baixos resultados na medida de *Distress* Psicológico do MHI e que resultados elevados divirjam.

³ De notar que o sistema de cotação do MHI (designadamente, *Distress* Psicológico e respetivas subescalas) se faz no sentido inverso, pelo que quanto mais elevados os resultados, menor o sofrimento psicológico.

De forma a representar graficamente os objetivos e relações entre conceitos fundamentais em estudo, apresenta-se um mapa (ver Figura 1) onde figuram, para cada um dos contextos analisados (normativo e clínico), os três constructos em relação (Saúde Mental, *Distress* Psicológico e Bem-Estar Psicológico) e os instrumentos que os operacionalizam (MHI; MMPI-2 e a Escala de Bem-estar Psicológico (SPWB)).

Figura 1. Mapa de Investigação



Nota. 1. Comparação das duas amostras em estudo; 2. Relação entre os constructos; 3. Operacionalização de cada constructo; 4. Relação de cada escala do MHI com medidas independentes.

2. Participantes

No presente estudo foram organizadas duas amostras não probabilísticas, de conveniência, com características diferenciadas. Os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos para a seleção de participantes foram os seguintes:

- a) **Amostra Clínica (AC)** – *Critérios de Inclusão*: história clínica ou diagnóstico de psicopatologia; idade superior ou igual a 18 anos; nível de escolaridade igual ou superior ao 9º ano de escolaridade; situação clínica compatível com leitura e compreensão verbal adequada à autoavaliação. *Critérios de Exclusão*: fraco domínio da língua portuguesa; suspeita de deficiência mental ou défice cognitivo, ou situação clínica crítica com implicações a nível das funções cognitivas; presença de doenças físicas que induzem um elevado nível de sofrimento psicológico atual (e.g., cancro);
- b) **Amostra Não Clínica (ANC)** – *Critérios de Inclusão*: idade superior ou igual a 18 anos; nível de escolaridade igual ou superior ao 9º ano de escolaridade; *Critérios de Exclusão*: presença de diagnóstico ou história clínica; fraco domínio da língua portuguesa; suspeita de deficiência mental ou défice cognitivo, ou situação clínica crítica com implicações a nível das funções cognitivas; presença de doenças físicas que induzem um elevado nível de sofrimento psicológico atual (e.g., cancro);

Serão ainda considerados como *critério de exclusão* no estudo protocolos incompletos, sinais de pouca motivação ou implicação na resposta às provas ou resultados críticos ao nível da validade de resposta (e.g., no MMPI, protocolos com notas T superiores a 80 nas escalas VRIN e TRIN, porque indiciam resposta aleatória ou inconsistente).

Após o recrutamento e realização das sessões de recolha de dados, participaram no estudo 70 pessoas. Seis participantes foram excluídos (três da AC e três da ANC), uma vez que apresentaram resultados críticos ao nível da validade de resposta e doenças físicas que induzem um elevado nível de sofrimento psicológico. A amostra total final do estudo foi constituída por 64 participantes, sendo 31 da AC e 33 da ANC.

A amostra total é constituída por participantes de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 74 anos ($M = 39.22$; $SD = 16.6$). A AC caracteriza-se maioritariamente por mulheres, entre 37 e 55 anos, no ativo e com formação académica de nível secundário. Metade desta amostra reside nos Açores e a outra metade reside maioritariamente na área de Lisboa e Vale do Tejo. Por outro lado, a ANC caracteriza-se ter um número similar de mulheres e de homens e por a maioria dos participantes ter idades compreendidas entre os 18 e os 36 anos, encontrar-se a estudar ou no ativo e ter estudos de nível superior. A maioria reside na área de Lisboa e Vale do Tejo (ver Tabela 1).

Comparando as duas amostras para as diferentes características apresentadas, verifica-se que estas têm uma distribuição semelhante relativamente à idade e situação profissional ($\chi^2_{(2, N=64)} = 45.32, p = 0.09$ e $\chi^2_{(3, N=64)} = 7.56, p = 0.06$, respetivamente). Contudo, verificam-se diferenças significativas no que diz respeito ao sexo ($\chi^2_{(5, N=64)} = 8.45, p = 0.004$) e à escolaridade ($\chi^2_{(5, N=64)} = 16.34, p = 0.006$), o que será tido em consideração na análise de resultados.

Tabela 1. Caracterização demográfica das duas amostras em estudo

		Amostra Clínica (N=31)			Amostra Não Clínica (N=33)		
		<i>f</i>	%	<i>M (SD)</i>	<i>f</i>	%	<i>M (SD)</i>
Idade	18 - 74			45.00 (16.5)			33.79 (14.9)
	18 - 23	5	16.1		13	39.4	
	24 - 36	4	12.9		10	30.3	
	37 - 55	14	45.2		6	18.2	
	56 - 74	8	25.8		4	12.1	
Sexo	Masculino	6	19.4		18	54.5	
	Feminino	25	80.6		15	45.5	
Escolaridade	Ensino Básico	8	25.8		1	3	
	Ensino Secundário	12	38.7		5	15.2	
	Ensino Superior	11	35.5		27	81.8	
Situação	No Activo	15	48.4		13	39.4	
Profissional	Reforma	8	25.8		2	6.1	
	Estudante	6	19.4		14	42.4	
	Desemprego	2	6.5		4	12.1	

De modo a possibilitar uma análise de resultados mais contextualizada, interessa mencionar que a AC é composta maioritariamente por pacientes em situação de internamento (17), medicados com psicofármacos; os restantes participantes (14) estão em situação ambulatoria e maioritariamente sob tratamento psicofarmacológico.

3. Instrumentos

Na presente investigação, foram aplicados três instrumentos principais: o *Mental Health Inventory* (versão portuguesa), a *Scales of Psychological Well-Being* (versão portuguesa) e o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (versão portuguesa). Foi também solicitada a resposta a alguns questionários complementares: breve questionário sobre dados sociodemográficos (para ambas as amostras) e ficha clínica de cada paciente (para a AC).

3.1. *Mental Health Inventory* (MHI)

Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa (Duarte-Silva & Novo, 2002) do *Mental Health Inventory* (MHI) (Ware, Johnston, Davies-Avery, & Brook, 1979). Este é um inventário de autorrelato, desenvolvido em 1975 com o objetivo de avaliar a saúde da população em geral e não apenas da população clínica.

O MHI é constituído por 38 itens selecionados a partir de outros questionários já existentes. Proporciona uma medida global de saúde mental e duas medidas parcelares: *Distress Psicológico* (24 itens) e *Bem-Estar Psicológico* (14 itens). Estas por sua vez englobam cinco dimensões: *Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional ou Comportamental, Afeto Positivo e Laços Emocionais*. O racional que presidiu à construção do inventário tem por base o conceito de saúde mental adiantado pela OMS, de que esta não se define apenas pela ausência de psicopatologia (dimensão negativa), mas também pela presença de características de bem-estar psicológico (dimensão positiva). Neste sentido, constitui-se, não só como uma medida de saúde mental, mas também como uma medida do bem-estar e *distress* psicológicos.

A resposta a cada item é dada através de uma escala ordinal de cinco ou seis pontos. O resultado total, e das subescalas de *Distress Psicológico* e *Bem-Estar Psicológico*, é calculado através da soma dos valores brutos dos itens que constituem cada uma das subescalas associadas. Quanto mais elevados forem os valores no resultado total do instrumento, mais elevados serão os níveis de saúde mental/ausência de psicopatologia. Uma vez que os itens relativos a valências negativas de saúde mental têm uma cotação invertida, faz com que os resultados de todas as dimensões do instrumento sejam interpretados do mesmo modo: valores baixos correspondem a baixos níveis de saúde mental e resultados elevados correspondem a elevados níveis de saúde mental ou ausência de psicopatologia.

O MHI, assim como as versões adaptadas para Portugal (Ribeiro, 2001; Duarte-Silva, Novo, & Peralta, 2002) tem revelado boas qualidades psicométricas em estudos com diferentes populações, tanto ao nível de precisão como de validade. Especificamente no estudo de Ribeiro (2001), no que toca à precisão, verificou-se valores de alfa de Cronbach satisfatórios a elevados (variando de .96 na Escala Total a .72 na subescala de *Laços Emocionais*) e muito semelhantes aos do instrumento original. Já no que toca à validade, os resultados de Ribeiro (2001) sugerem a existência de validade de constructo, uma vez que as correlações entre medidas de autorreferência (autoconceito e autoeficácia) e de percepção de saúde (sintomas físicos de mal-estar e percepção geral

de saúde), com os resultados do MHI e suas dimensões, se revelam estatisticamente significativas. Do mesmo modo, no estudo de Novo (2004) o instrumento revelou níveis de consistência interna similares, variando entre .73 na subescala de *Laços Emocionais* e .96 na Escala Total. No presente estudo, o instrumento revelou também uma consistência interna elevada, variando entre .74 na subescala da *Laços Emocionais* e .98 na Escala Total (N=64).

Os valores de consistência interna das escalas e subescalas do MHI obtidos no presente estudo, assim como os dos estudos referidos são apresentadas no Tabela 2.

Tabela 2. Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas e subescalas do MHI

Escalas e Subescalas do MHI	α Instrumento Original (Veit & Ware, 1983)	α Ribeiro (2001)	α Novo (2004)	α Presente Estudo
Distress Psicológico	.94	.95	.95	.92
Ansiedade	.90	.91	.89	.92
Depressão	.86	.85	.86	.85
Perda de Controlo	.83	.87	.84	.94
Bem-Estar Psicológico	.92	.91	.90	.94
Afeto Positivo	.92	.91	.87	.94
Laços Emocionais	.81	.72	.73	.74
MHI – Total	.96	.96	.96	.98

3.2. Scales of Psychological Well-Being (SPWB)

O Bem-Estar Psicológico foi avaliado através da versão portuguesa (Novo, 2002) das Scales of Psychological Well-Being (SPWB) (Ryff, 1989).

Este instrumento constitui-se como uma escala de autoavaliação composta por 84 itens, que são apresentados através de afirmações que refletem seis dimensões de bem-estar psicológico fundamentadas teoricamente por Ryff: *Autonomia*, *Domínio do Meio*, *Crescimento Pessoal*, *Relações Positivas*, *Objetivos na Vida* e *Aceitação de Si* (caracterização de cada escala na Tabela A1, em anexo). Além destas medidas, a versão portuguesa proporciona também uma medida global de bem-estar psicológico, que no estudo de Novo (2003) se demonstrou justificada em contexto de investigação, devido às intercorrelações das seis escalas e ao elevado valor do coeficiente alfa de Cronbach para o conjunto das mesmas.

Os itens são respondidos numa escala de Likert de 6 pontos, onde 1 indica desacordo total com a afirmação e 6 indica acordo total com a afirmação. As respostas obtidas são somadas para cada

uma das seis escalas (cerca de metade são cotadas de forma invertida) e o resultado final em cada escala identifica o grau de intensidade das características que teoricamente definem a dimensão que lhe está subjacente (Novo, 2003). Um resultado elevado indica elevado nível de bem-estar no domínio específico avaliado. A escala de *Bem-Estar Psicológico Total* resulta da soma dos resultados obtidos nas seis escalas parcelas e valores elevados apontam para um nível de bem-estar psicológico global elevado, enquanto valores baixos apontam para o oposto.

O SPWB tem revelado, em diversos estudos, indicadores psicométricos adequados, tanto ao nível de consistência interna (coeficientes alfa), como ao nível de estabilidade temporal (coeficientes teste-reteste). Particularmente no estudo de Ryff e Essex (1991), verificou-se valores de alfa de Cronbach elevados (entre .86 na escala de *Autonomia* a .93 na escala *Aceitação de Si*), o mesmo acontecendo com os valores de estabilidade temporal (entre .81 na escala de *Domínio do Meio* e .88 na escala de *Autonomia*). Igualmente no estudo de Novo (2003), o instrumento revelou níveis consistência interna satisfatórios, variando entre .93 na escala de *Bem-Estar Psicológico Total* e .74 na escala de *Autonomia*. Já no presente estudo, o SPWB demonstrou bons valores de consistência interna, variando entre .96 na escala *Bem-Estar Psicológico Total* e .77 na escala de *Autonomia* (ver Tabela 3).

Tabela 3. Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas do SPWB

Escalas e total de SPWB	α Instrumento Original (Ryff & Essex, 1991)	α Novo (2003)	α Presente Estudo
Autonomia	0.86	0.74	0.77
Domínio do Meio	0.90	0.75	0.83
Crescimento Pessoal	0.87	0.77	0.83
Relações Positivas	0.91	0.82	0.89
Objetivos na Vida	0.90	0.81	0.86
Aceitação de Si	0.93	0.86	0.88
Bem-Estar Psic. Total		0.93	0.96

3.3. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)*

Na presente investigação foi utilizada a versão experimental portuguesa (Silva, Novo, Prazeres, & Pires, 2006) do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* – MMPI-2 (Butcher, Bem-Porath, Dahlstrom, Graham, Kaemmer, & Tellegen, 1989; Butcher et al., 2001). O MMPI – 2 é a versão revista e atualizada da versão original – *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

(MMPI; Hathaway & McKinley, 1943) e tem como objetivo contribuir para a avaliação e caracterização da personalidade e psicopatologia, através da análise de resposta a itens que concernem a pensamentos, a comportamentos, a crenças, a atitudes e a sentimentos do sujeito que o responde. Constitui-se como um inventário de autorrelato, de construção empírica, que pode ser aplicado em diversos contextos, sejam eles clínicos ou não clínicos.

O inventário, na sua versão completa é composto por 567 itens e a resposta a cada item é dada através de uma escala dicotómica (“Verdadeiro” ou “Falso”). Na presente investigação irá utilizar-se a versão em caderno.

O teste disponibiliza várias medidas finais: escalas de validade, escalas clínicas, escalas de conteúdo, escalas suplementares e escalas específicas de perturbações de personalidade (caracterização de cada escala analisada no presente estudo, na Tabela A2, A3 e A4, em anexo). No âmbito da presente investigação serão analisadas 18 escalas, sendo 4 de validade, 9 clínicas e 5 de personalidade PSY – 5. As escalas de validade avaliam a validade do protocolo tendo por base a atitude do participante face ao teste e as escalas clínicas básicas detetam perturbações clínicas e de personalidade.

A cotação do MMPI – 2 realiza-se informaticamente através de leitor ótico e posteriormente, através de *software* específico, os resultados brutos são convertidos em resultados normalizados T (i.e., escala de medida dos resultados do teste). Considera-se genericamente que resultados T acima de 65 ($T > 65$) são elevados e com valor clínico, e que resultados T abaixo de 40 ($T < 40$) são baixos e podem ter também valor clínico, embora o significado deva ser considerado em cada caso. Na presente investigação os resultados serão analisados ao nível dimensional (centrada nos resultados das escalas) e configuracional (centrada no perfil global de resultado das escalas clínicas).

No que diz respeito aos aspetos psicométricos, este é um instrumento standardizado ao nível de administração e cotação, onde a determinação dos resultados T assenta em dados normativos específicos. Nesta investigação foram utilizadas as normas norte-americanas, visto o instrumento ainda se encontrar em fase de aferição em Portugal. É de salientar o facto de inúmeros estudos terem demonstrado indicadores psicométricos adequados, nomeadamente ao nível de consistência interna e de estabilidade temporal (i.e., estudos de teste-reteste) (ver Butcher, Graham, Ben-Porath, Tellegen, Dahlstrom & Kaemmer, 2001). Salienta-se também o facto de diversos estudos demonstrarem igualmente evidências de fiabilidade e validade do instrumento e de utilidade do mesmo em diversos contextos de aplicação. No manual, ao nível de consistência interna, são referenciados valores

adequados de alfa de Cronbach, variando, nas escalas clínicas, entre .34 e .87 para o sexo masculino e .37 a .87 para o sexo feminino (Butcher et al, 2006).

Questionário de Dados Sociodemográficos

Neste breve questionário é solicitado: a data de nascimento; o estado civil; o nº de elementos do agregado familiar; a área de residência; as habilitações escolares; a profissão; a situação profissional atual; o rendimento líquido mensal; a saúde física e psicológica; os acompanhamentos psicoterapêuticos anteriores ou atuais; e a indicação da vivência de situações particularmente stressantes no momento atual e no último ano.

Ficha Clínica

Nesta ficha foram solicitados aos clínicos responsáveis: o diagnóstico ou diagnóstico provável (DSM-IV ou ICD10) e a data em que foi estabelecido; início da perturbação (data provável); regime de tratamento atual; tipo de medicação; adaptação à medicação; terapêuticas complementares; e informações relevantes (e.g., eventuais internamentos anteriores e quaisquer dados que permitam caracterizar melhor a história ou a situação clínica do doente).

4. Procedimentos

Procedimentos de Recolha de Dados

A recolha de dados ocorreu através de procedimentos distintos para cada um dos contextos: clínico e não clínico. No caso da AC, a recolha foi iniciada após o contacto com diferentes instituições, das quais duas acederam participar no estudo: o Hospital da Horta, nos Açores, e a Clínica Psiquiátrica de São José (CPSJ), em Lisboa. Neste contacto foram enviados aos diretores de serviço, assim como a alguns dos clínicos, documentos explicativos da natureza e objetivos da investigação, de forma a ser dado o consentimento à realização da investigação nos respetivos locais. Após a autorização ter sido concedida, foi feita uma reunião com os profissionais que encaminhariam os pacientes dentro dos critérios de inclusão e exclusão. Os participantes foram posteriormente abordados pelos clínicos responsáveis. Com aqueles que mostraram interesse em participar, foram agendadas sessões individuais. No caso do Hospital da Horta, o agendamento era feito telefonicamente pelo próprio hospital e no caso da CPSJ era pessoalmente, com ajuda dos profissionais de saúde responsáveis pela unidade.

Foram realizadas com cada participante 1 a 2 sessões de cerca de 1h30/2h. Para o efeito, as aplicações foram realizadas em espaços disponíveis nas respetivas instituições que respeitassem as condições desejáveis de aplicação. Iniciou-se as sessões pela apresentação do estudo e dos objetivos de investigação, bem como pelas condições de participação. No final era solicitada a assinatura de um documento de consentimento informado. De seguida era solicitada a resposta ao questionário relativo aos dados sociodemográficos e aos instrumentos mencionados anteriormente, pela seguinte ordem: *Mental Health Inventory*, *Scales of Psychological Well-Being* e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2*. A resposta aos mesmos podia ser realizada com ou sem ajuda do aplicador, no sentido de este ler as perguntas e assinalar as respostas.

Já a recolha da ANC foi realizada através de contactos pessoais da examinadora, onde a mesma solicitou à rede de amigos a participação no estudo. Foram agendadas sessões individuais e em pequenos grupos (grupos de cerca 5 a 6 pessoas no máximo). A duração das sessões foi de cerca de 2h e foi realizada em apenas uma sessão. O local de aplicação era variável, uma vez que era adequada às conveniências dos participantes; foi sempre escolhido um espaço com condições adequadas à aplicação (i.e., local que garantisse a privacidade e silêncio no momento de aplicação). O consentimento neste caso era dado verbalmente, sendo seguido da resposta aos instrumentos pela seguinte ordem: *Mental Health Inventory*, *Scales of Psychological Well-Being* e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2*.

Os procedimentos de aplicação dos testes padronizados foram semelhantes nas duas amostras, uma vez que foram seguidas as instruções e indicações específicas dos respetivos manuais.

Procedimentos de Cotação

No MHI, depois de feita a codificação manual das respostas, procedeu-se ao tratamento das omissões e à recodificação de resultados, de forma a ganhar comparabilidade entre as medidas finais de todas as escalas. Assim, o primeiro passo foi atribuir, aos itens omitidos, a média de resposta da amostra (i.e., itens com uma escala de 6 pontos seria dado 3 pontos e itens com uma escala de 5 pontos, seria dado 2.5). De seguida, e visto haverem dois itens (9 e 28) com uma escala de resposta diferente (5 pontos) às restantes (6 pontos), procedeu-se à recodificação destes itens para uma escala de 6 pontos. Assim, ao valor que o participante assinalou multiplicava-se o valor 5 (respeitante à escala de 5 pontos) e dividia-se o valor obtido por 6 (respeitante à escala de 6 pontos). Procedeu-se à soma dos resultados recodificados obtidos para cada uma das escalas. Uma

vez que cada uma tem um número diferente de itens (*Ansiedade* – 10 itens; *Depressão* – 5 itens; *Perda de Controlo Emocional/Comportamental* – 9 itens; *Afeto Positivo* – 11 itens; e *Laços Emocionais* – 3 itens) procedeu-se igualmente à recodificação destas escalas através da divisão do número de total das escalas, pelo nº de itens constituinte. Vejamos um exemplo, na escala da *Depressão* que tem 5 itens, dividiu-se a soma obtida nesta escala pelo valor 5, já, por exemplo, na escala de *Afeto Positivo*, dividiu-se a soma por 11. Por meio desta recodificação obteve-se acordo entre escalas. Realizou-se de seguida a soma das escalas *Bem-Estar Psicológico (BEP)* e *Distress Psicológico (DP)* e respetivas escalas associadas. Também estas escalas sofreram recodificação, visto uma ter apenas duas escalas associadas e a outra três, respetivamente. Sendo assim, dividiu-se a escala BEP por 2 e a escala DP por 3, mais uma vez para obter acordo entre escalas. Por fim, somou-se os valores obtidos destas duas escalas e obteve-se os valores da *Escala Total*. De salientar que tal procedimento foi feito para cada participante e todos estes dados foram introduzidos numa base de dados.

Relativamente aos outros dois instrumentos, foram seguidas as normas dos respetivos manuais para a cotação e determinação de resultados. Assim, no SPWB procedeu-se à codificação manual pelo investigador das respostas e de seguida somou-se os valores obtidos para cada escala respetivamente e introduziu-se os resultados na base de dados do SPSS. No caso do MMPI – 2 a cotação e a transformação dos resultados brutos em resultados *T* foi realizada através de um procedimento de leitura ótica de folhas de resposta por um equipamento e programa próprios – *Teleform Reader*. Os dados obtidos foram depois transferidos para a base de dados do SPSS. Face à inexistência de normas portuguesas do MMPI – 2, a conversão dos resultados brutos por notas *T*, foi feita utilizando as normas americanas. Por fim, através da avaliação dos indicadores de validade e consistência de resposta dos protocolos do MMPI – 2, foram excluídos todos os casos que não respeitassem os níveis de consistência de resposta aceitáveis.

Procedimentos de Análise de Dados

Tendo por base uma metodologia de análise quantitativa, procedeu-se ao estudo das características metrológicas das medidas do MHI através do estudo da fidelidade, da estatística descritiva, da distribuição das amostras para a normalidade, da validade de constructo e da validade de critério.

O estudo da fidelidade do MHI foi realizado através da análise de consistência interna (coeficiente de alfa de Cronbach) e da correlação item-total da respetiva medida. O estudo da estatística descritiva centrou-se nas medidas de tendência central e de dispersão. Já o estudo da distribuição das amostras para a normalidade realizou-se através dos valores de curtose e assimetria, uma vez não se poderá aplicar o pressuposto do Teorema do Limite Central, de que a distribuição de uma média tende a aproximar-se da curva de Laplace-Gauss à medida que o N aumenta, uma vez que a presente amostra tem um N reduzido.

Já o estudo de validade de constructo foi realizado mediante a análise da estrutura dimensional do MHI, das intercorrelações entre os diversos componentes do MHI, das diferenças entre diversas variáveis (sexo, idade e grupo clínico) e do estudo de validade convergente e discriminante. Assim, a estrutura dimensional foi estudada através de uma análise de componentes principais, que faz o estudo das covariâncias entre os itens, de forma a encontrar os componentes que expressem as comunicações. Por sua vez, as intercorrelações foram estudadas através de uma análise bivariada de r de correlação de Pearson. Já a validade diferencial entre as diferentes variáveis relativamente aos resultados obtidos no MHI foi calculada através da análise da ANOVA. A validade convergente e discriminante foi feita através de uma análise bivariada de correlação r de Pearson entre as medidas finais do MHI (Total, BEP e DP) e as medidas independentes escolhidas (MMPI – 2 e SPWB).

Por fim, a validade de critério foi realizada com referência a três critérios: grupo clínico, resultados no SPWB e resultados do MMPI-2, consoante a medida analisada. O grupo clínico foi utilizado para calcular os índices de sensibilidade (Se) e especificidade (Sp) e valores preditivos do MHI – Total. Estes índices foram calculados também considerando perfis apresentados pelo MMPI – 2, avaliados previamente como patológicos ou normais, consoante o número de escalas com valores superiores a $T65$ do seguinte modo: escalas clínicas – perfis com três ou mais escalas acima do $T65$ foram categorizadas como perfil patológico; escalas de personalidade (PSY – 5) – uma ou mais escalas acima do $T65$ foram categorizadas como perfil patológico.

Os índices para a medida de Bem-Estar Psicológico do MHI (MHI – BEP) foram calculados considerando os valores categorizados previamente do SPWB: foi considerado como ponto de corte a média obtida com população, adulta e sem queixa, no estudo de Novo (1998).

Para a medida do *Distress* Psicológico do MHI (MHI – DP), foram considerados os perfis do MMPI – 2, usando o mesmo critério referido anteriormente.

Em todas estas análises foram utilizados dois pontos de corte para as medidas do MHI: as médias do presente estudo; e as médias de Novo (2004). Elaborou-se, para todas estas análises, tabelas de contingência 2x2 de forma a calcular os índices. Por fim, realizou-se a análise das Curvas de Características de Operação do Recetor (Curvas ROC) para as três medidas do MHI, tendo por base o critério do grupo clínico.

Importa referir que a sensibilidade, nesta investigação, traduz-se na proporção de sujeitos com elevados níveis de saúde mental que são identificados positivamente pelo MHI (Verdadeiros Positivos). Já a especificidade traduz-se na proporção de participantes com diagnóstico psicopatológico e que são detetadas com baixa saúde mental, ou presença de patologia, pelo instrumento (Verdadeiros Negativos). Os valores preditivos positivos referem-se à proporção de resultados positivos do teste que são verdadeiros positivos, e os valores preditivos negativos dizem respeito à proporção de resultados do teste que são verdadeiros negativos.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado com recurso ao *software* de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22* (SPSS Inc., Chicago, IL).

Resultados

Tendo como objetivo o estudo das características metrológicas do MHI, na presente secção irão ser apresentados e analisados os resultados obtidos. Está organizada em quatro estudos: o primeiro diz respeito à análise da estatística descritiva e de precisão (consistência interna e índices de discriminação) das escalas e itens associados; o segundo, à validade de constructo, ao nível das intercorrelações, da estrutura interna e do poder discriminativo relativamente a variáveis como o sexo e a idade; o terceiro estudo é relativo à análise de validade convergente e discriminante, através das correlações do MHI com medidas independentes (SPWB e MMPI – 2); o quarto e último estudo é relativo à análise de validade de critério, através da observação dos índices de sensibilidade, especificidade e da curva ROC.

1. Estatística descritiva e Estudos de Precisão

1.1. Estatística Descritiva

De forma a compreender os resultados no presente estudo, foram observadas as médias das respostas recodificadas do MHI (ver Metodologia: Procedimentos de Cotação), bem como a amplitude dos resultados em cada escala e subescala nas diferentes amostras (amostra clínica e não-clínica) e na amostra total (Ver Tabela 4).

Analisando as medidas de tendência central e de dispersão da amostra total, verifica-se que os resultados da AC, quando comparados com os obtidos no estudo de Novo (2004)⁴, têm valores tendencialmente inferiores, sendo os valores da ANC mais próximos e até tendencialmente superiores. Estas diferenças decorrem da composição das amostras, uma vez que a AR é composta exclusivamente por pessoas idosas e sem patologia psiquiátrica e a amostra observada é composta por participantes maioritariamente jovens e jovens-adultos com história clínica. É de notar também a situação de internamento de alguns participantes aquando da recolha, o que pode ter acentuado a diferença face à população em condições normais na comunidade.

⁴ A amostra do estudo de Novo (2004), adiante designada por Amostra de Referência (AR), integra 130 participantes, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 55 e 90 anos de idade, sem referência a patologia psiquiátrica.

Tabela 4. Estatística Descritiva do MHI por Amostra

MHI: Escala e Subescalas	AT (N = 64)			AC (N = 31)			ANC (N = 33)		
	M (SD)	min	max	M (SD)	min	max	M (SD)	min	max
Distress Psicológico	3.93 (1.06)	1.20	5.69	3.14 (0.84)	1.20	4.73	4.68 (0.62)	3.15	5.69
Ansiedade	3.69 (1.05)	1.20	5.40	2.94 (0.81)	1.20	4.40	4.38 (0.72)	2.70	5.40
Depressão	3.98 (1.13)	1.24	6.00	3.17 (0.91)	1.24	4.76	4.73 (0.71)	2.96	6.00
Perda de Controlo	4.14 (1.14)	1.16	5.67	3.31 (1.00)	1.16	5.22	4.92 (0.56)	3.33	5.67
Bem-Estar Psicológico	3.45 (0.96)	1.21	5.45	2.96 (0.97)	1.00	4.67	4.07 (0.75)	2.56	5.45
Afeto Positivo	3.25 (0.97)	1.09	5.27	2.60 (0.70)	1.09	4.09	3.86 (0.79)	2.09	5.27
Laços Emocionais	3.65 (1.18)	1.00	6.00	2.96 (0.90)	1.00	4.67	4.29 (0.99)	2.33	6.00
MHI – Total	7.38 (1.91)	2.74	10.94	5.92 (1.35)	2.74	8.61	8.75 (1.21)	5.75	10.94

Nota. AT - Amostra Total; AC - Amostra Clínica; ANC - Amostra Não Clínica

Analisada a normalidade das distribuições de resultados das diferentes medidas, nas diferentes amostras, verificam-se valores, ao nível de curtose e assimetria, entre -2 e +2⁵, assumindo-se, consequentemente que as distribuições das amostras seguem uma distribuição normal (Ver Tabela B1, em anexo).

1.2. Consistência Interna

A consistência interna, expressa por coeficiente alfa de Cronbach, das oito subescalas do MHI variou entre .74 (Laços Emocionais) e .98 (Escala Total), valores que indicam bons a muito bons níveis⁶ de consistência interna. Apenas a escala de Depressão, com um $\alpha = 0.85$, e a escala de Laços Emocionais, com um $\alpha = 0.74$, apresentaram consistência interna boa e razoável, respetivamente (ver Tabela 5).

Comparando com a AR, verifica-se que os valores de alfa mais frágeis e mais robustos ocorrem nas mesmas medidas (Laços Emocionais e MHI – Total, respetivamente) e que são de magnitude similar, indicando níveis de consistência muito satisfatórios no presente estudo.

⁵ Segundo George & Malley (2010), valores de assimetria e curtose entre -2 e +2 são considerados aceitáveis para considerar a normalidade de uma distribuição univariada.

⁶ Critério para avaliação dos indicadores de consistência interna: $\alpha < .60$ – muito fraca; $\alpha > .70$ razoável; $\alpha > .80$ Boa; $> .90$ Muito Boa (Pestana e Gageiro, 2008)

Tabela 5. Consistência Interna do MHI na Amostra Total e na Amostra de Referência

MHI: Escalas e Subescalas	Amostra Total (<i>N</i> = 64)	Amostra de Referência (<i>N</i> = 130)
	α	α
Distress Psicológico	0.92	0.95
Ansiedade	0.92	0.89
Depressão	0.85	0.86
Perda de Controlo	0.94	0.84
Bem-Estar Psicológico	0.94	0.90
Afeto Positivo	0.94	0.87
Laços Emocionais	0.74	0.73
MHI – Total	0.98	0.96

1.3. Índices de Discriminação

Analisando o poder discriminativo dos itens (i.e., a sua capacidade de predição do resultado global e da escala a que pertencem), através correlações (Pearson) item-total, verificou-se em todos os casos um bom poder discriminativo⁷, visto apresentarem resultados sempre superiores a 0.60. Neste sentido, os dados sugerem a robustez dos itens na predição de resultados totais, podendo até, pelo facto de serem valores muito elevados, sugerir alguma redundância.

2. Validade de Constructo

2.1. Intercorrelações dos diversos componentes do MHI

As intercorrelações das diversas subescalas e escalas do MHI revelam-se significativas e de elevada magnitude⁸ (ver Tabela 6). É de salientar, contudo, o facto de haver intercorrelações espúrias que não foram corrigidas devido à difícil aplicação da fórmula de McNemar a resultados transformados. No entanto, verifica-se que mesmo as correlações não-espúrias são também bastante fortes. As elevadas correlações obtidas indicam que o instrumento é homogéneo e sugere alguma redundância ao nível das medidas.

⁷ Critério para avaliação dos índices de discriminação: < .20 – fraca; .20 < *X* < .30 razoável; 0.30 < *X* < 0.40 – bom; ≥ .40 – excelente (Ebel & Frisbie (1986).

⁸ Critério da avaliação das correlações: 0 < *r* < .20 – fracas; .20 < *r* < 0.40 – moderadas; > .40 – fortes (Cohen & Cohen, 1988)

Tabela 6. Matriz de Intercorrelações (Pearson) das escalas e subescalas do MHI (N=64)

	1	2	3	4	5	6	7
1. Distress Psicológico							
2. Ansiedade	.95** ^a						
3. Depressão	.98** ^a	.90**					
4. Perda de Controlo	.96** ^a	.84**	.92**				
5. Bem-Estar Psicológico	.78**	.69**	.74**	.81**			
6. Afeto Positivo	.86**	.81**	.83**	.84**	.87** ^a		
7. Laços Emocionais	.56**	.46**	.52**	.62**	.92** ^a	.60**	
8. MHI – Total	.95** ^a	.87** ^a	.92** ^a	.94** ^a	.94** ^a	.92** ^a	.77** ^a

Nota. ** $p < .01$; ^a Correlação não-corrigida; N=64

2.1.1. Estrutura Dimensional do MHI

Tendo em vista o estudo da estrutura interna das medidas do MHI, realizou-se uma análise exploratória das intercorrelações das subescalas do mesmo. De acordo com a teoria definitória, o constructo de Saúde Mental, que o MHI pretende operacionalizar, resulta da agregação de dois componentes distintos, mas correlacionados – *Distress Psicológico* e *Bem-Estar Psicológico* – e cinco componentes de ordem inferior, que correspondem às subescalas do instrumento: Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional ou Comportamental, Afeto Positivo e Laços Emocionais (Ware & Gandek, 1994).

Para a análise da estrutura interna do MHI, procedeu-se à aplicação do método de análise em componentes principais com rotação varimax aos dados do estudo, análise viabilizada pelos testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=.85) e de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 \approx 300.7$, gl=10, $p = .000$). A matriz rodada apresenta-se na Tabela 7, onde se resumem os pesos fatoriais de cada subescala em cada um dos dois componentes, a comunalidade de cada subescala e a percentagem de variância explicada por cada componente. Foram retidos para interpretação dos componentes as variáveis com saturação $> .40$ (Maroco, 2007).

O primeiro componente, denominado *Distress Psicológico*, apresenta pesos fatoriais elevados nas subescalas de Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional ou Comportamental e Afeto Positivo e explica 79.6% da variância total. O segundo componente, designado por *Bem-Estar Psicológico*, apresenta um peso fatorial elevado em Laços Emocionais e explica 12.6% da variância total (no global os dois componentes explicam 92.2% de variância total). Verifica-se, igualmente, que todas as comunalidades são elevadas, demonstrando que os dois componentes retidos são

apropriados para descrever a estrutura correlacional latente das subescalas. Podemos verificar que as subescalas, de uma forma geral, se agrupam, de forma semelhante ao proposto teoricamente, com exceção da subescala Afeto Positivo. Esta é a subescala que apresenta o poder fatorial e comunalidade inferior (.42 no Componente II e .82 no Componente I), sugerindo que esta dimensão pode ser explicada em simultâneo pelo bem-estar psicológico e pelo *distress* psicológico. Do mesmo, a subescala de Perda de Controlo Emocional ou Comportamental poderá estar relacionada com ambos os constructos.

Salienta-se também o facto de o Componente I explicar uma elevada percentagem da variância total, verificando-se a preponderância do *Distress* Psicológico na determinação dos resultados globais do MHI.

Tabela 7. Resultados da Análise de Componentes Principais com rotação varimax

MHI: Subescalas	Componentes		Comunalidade
	I. Distress Psicológico	II. Bem-Estar Psicológico	
<i>Distress Psicológico</i>	.94	.18	.91
Ansiedade	.94	.18	.91
Depressão	.93	.27	.94
Perda de Controlo	.87	.41	.92
Bem-Estar Psicológico			
Afeto Positivo	.82	.42	.85
Laços Emocionais	.28	.95	.99
Variância Explicada	79.6	12.6	

Nota. Os valores a negrito correspondem às dimensões com peso fatorial superiores a .30; $N=64$

2.2. Diferenças entre grupos (sexo e idade)

A análise de variância univariada (One-Way ANOVA), ao nível das variáveis sexo e idade, demonstra um efeito estatisticamente significativo nas medidas do MHI ($p < .05$) (ver Tabela 8).

Nesse sentido, podemos concluir que participantes do sexo masculino apresentam resultados significativamente superiores em todas as escalas e subescalas do MHI, isto é, apresentam níveis de saúde mental superiores, quando comparados com os participantes do sexo feminino. As diferenças são mais acentuadas ao nível do Bem-Estar Psicológico geral (MHI – BEP), do Afeto Positivo e da Saúde Mental geral (MHI – Total).

Já ao nível de idades verifica-se que o grupo etário mais jovem apresentou resultados mais elevados em todas as medidas do MHI, em comparação com os adultos de idade superior. Essas diferenças são mais acentuadas ao nível do Bem-Estar Psicológico global (MHI – BEP), do Afeto Positivo e da Saúde Mental global (MHI – Total).

Estes resultados sugerem que pessoas mais jovens e do sexo masculino apresentam níveis superiores de saúde mental, quando comparadas com os outros grupos em análise, nomeadamente no que diz respeito ao bem-estar psicológico global e ao nível do afeto positivo.

Tabela 8. ANOVA ao nível do sexo e da idade

MHI: Escala e Subescalas	Sexo F (N = 24) M (SD)	Sexo M (N = 40) M (SD)	F (1,62)	Idade 18 - 36 (N = 32) M (SD)	Idade 37 - 74 (N = 32) M (SD)	F (1,62)
Distress Psicológico	3.68 (1.0)	4.36 (1.1)	6.57*	4.33 (0.9)	3.54 (1.1)	10.00*
Ansiedade	3.45 (0.9)	4.08 (1.1)	5.67*	4.08 (0.8)	3.29 (1.1)	10.63*
Depressão	3.71 (1.0)	4.41 (1.2)	6.21*	4.34 (1.0)	3.61 (1.1)	7.47*
Perda de Controlo	3.88 (1.1)	4.58 (1.1)	6.20*	4.56 (0.9)	3.73 (1.2)	9.63*
Bem-Estar Psicológico	3.19 (0.8)	3.87 (1.0)	8.26*	3.85 (0.86)	3.04 (0.9)	13.55**
Afeto Positivo	2.98 (0.8)	3.70 (1.1)	9.33*	3.67 (0.9)	2.82 (0.9)	14.84**
Laços Emocionais	3.41 (1.1)	4.04 (1.2)	4.58*	4.03 (1.1)	3.26 (1.1)	7.55*
MHI – Total	6.87 (1.7)	8.23 (2.0)	8.39*	8.18 (1.5)	6.58 (1.9)	13.36*

Nota. N = 64 * $p < .05$; ** $p < .001$

3. Validade Convergente e Discriminante

3.1. Intercorrelações do MHI e SPWB

Apresenta-se de seguida, na Tabela 9, as correlações entre as medidas finais do MHI e as medidas do SPWB (ver as estatísticas descritivas do SPWB na Tabela B2, em anexo), na amostra total observada.

Verifica-se que as correlações são todas positivas e significativas, com a exceção da escala de Autonomia que apresenta uma correlação não significativa com o MHI – BP. As restantes correlações apresentam valores moderados a fortes, sobretudo no que se refere à escala de Bem-Estar Psicológico Total (SPWB – Total). A escala de Domínio do Meio, apesar de ter correlações mais fracas que a da SPWB – Total, possui igualmente correlações fortes com todas as escalas do MHI em análise. As restantes escalas apresentam correlações mais baixas, sendo de salientar o facto de a escala de Autonomia apresentar correlações bastante inferiores às restantes.

Estes resultados indicam um grau de associação significativo entre as escalas do SPWB e do MHI, sugerindo que o teste consegue medir o bem-estar psicológico, sobretudo o bem-estar psicológico geral e o domínio do meio, não representando a dimensão de autonomia. Estes dados vão no sentido da validação do MHI, especificamente da medida de bem-estar psicológico. Uma vez que o *distress* psicológico é cotado inversamente (i.e., resultados elevados indicam menor sofrimento psicológico), as correlações de sentido positivo com o SPWB sugerem que esta dimensão não mede o bem-estar psicológico.

Ainda a este nível de análise, as correlações obtidas nas Amostra Clínica (AC) e Amostra Não Clínica (ANC) (ver Tabela B3, em anexo), revelam-se significativas, sobretudo na ANC, sendo, na sua maioria, superiores às da AC (entre .12 e .77 na ANC; entre .03 e .50 na AC), o que sugere naturalmente a maior relevância da avaliação do BEP em população não clínica.

O facto de haver correlações significativas na escala de Crescimento Pessoal apenas na AC indicia a relevância desta dimensão para pessoas que se encontram em sofrimento psicológico. Por outro lado, na escala de Aceitação de Si parece acontecer o padrão contrário, não havendo nenhuma correlação positiva na AC e sendo todas significativas na ANC, o que sugere que fatores relacionados com esta dimensão são mais predominantes para as pessoas que não se encontram em sofrimento psicológico.

Tabela 9. Correlações (Pearson) entre as medidas do MHI e do SPWB

		Amostra Total ($N = 64$)		
		MHI - Total	MHI- Distress Psicológico	MHI - Bem-Estar Psicológico
SPWB	Autonomia	.31*	.38**	.20
	Domínio do Meio	.77**	.76**	.70**
	Crescimento Pessoal	.59**	.58**	.53**
	Relações Positivas	.72**	.61**	.75**
	Objetivos de Vida	.74**	.69**	.70**
	Aceitação de Si	.70**	.68**	.64**
	SPWB – Total	.81**	.77**	.75**

Nota. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

3.2. Intercorrelações do MHI e MMPI – 2

De seguida apresentam-se, na Tabela 11, as intercorrelações das medidas finais do MHI e as escalas do MMPI – 2 (ver a estatística descritiva do MMPI – 2 na Tabela B4 em anexo).

Verifica-se que as correlações entre as escalas do MMPI – 2 e as medidas do MHI variam entre .25 (escala AGGR e MHI – BEP e L e MHI – Total) e .78 (escala D e MHI – Total), existindo 51 em 57 correlações significativas, sendo a maioria correlações negativas, moderadas a fortes. Contudo, na escala da Hipomania (Ma) e na escala da Agressividade (AGGR) as correlações com as medidas do MHI são positivas e, na sua maioria, não significativas. Estes dados indicam que, as medidas do MHI e as escalas do MMPI – 2 se relacionam significativamente no sentido esperado, sugerindo que o teste mede a ausência de sofrimento ou psicopatologia no âmbito da saúde mental. Os dados corroboram a conceção de base⁹, de que níveis mais elevados na escala correspondem a um nível inferior de sofrimento psicológico. Especificamente os resultados sugerem que a medida de *Distress* Psicológico consegue medir aspectos específicos de sofrimento psicológico (embora, dado o processo de cotação, o resultado surja invertido) e que a medida de Bem-Estar Psicológico não os mede.

A nível mais específico, os resultados sugerem que o MHI está associado sobretudo às dimensões de Depressão e Psicastenia, escalas que integram muita sintomatologia de cariz depressivo e ansioso. De salientar ainda o facto de o MHI parecer não se relacionar tão fortemente com as escalas de personalidade quanto com as escalas clínicas. Isto porque os itens das escalas de personalidade não se referem a sintomas clínicos, mas sobretudo a aspetos funcionais e comportamentais que se configuram como modos ou estilos de ser, de pensar e de agir, características que não são representadas no MHI.

⁹ De notar que o sistema de cotação do MHI (designadamente, *Distress* Psicológico e respetivas subescalas) se faz no sentido inverso, pelo que quanto mais elevados os resultados, menor o sofrimento psicológico.

Tabela 10. Correlações (Pearson) entre as medidas do MHI e do MMPI – 2

		AT (N=64)			
		MHI			
		Total	<i>Distress</i> Psicológico	Bem-Estar Psicológico	
MMPI	ESCALAS CLÍNICAS				
	Hs – Hipocondria	-.50**	-.49**	-.46**	
	D – Depressão	-.78**	-.76**	-.72**	
	Hy – Histeria	-.58**	-.58**	-.51**	
	Pd – Psicopatia	-.60**	-.55**	-.59**	
	Pa – Paranóia	-.58**	-.61**	-.48**	
	Pt – Psicastenia	-.72**	-.72**	-.62**	
	Sc – Esquizofrenia	-.70**	-.67**	-.64**	
	Ma – Hipomania	.01	-.05	.08	
	Si – Introversão Social	-.65**	-.61**	-.61**	
	ESCALAS DE PERSONALIDADE				
	AGGR – Agressividade	.18	.09	.25*	
	PSYC – Psicoticismo	-.55**	-.62**	-.40**	
	DISC – Desinibição	.48**	.45**	.45**	
	NEGE – Neuroticismo	-.63**	-.70**	-.47**	
	INTR – Introversão	-.68**	-.61**	-.68**	
	ESCALAS DE VALIDADE				
	L	-.25*	-.20	-.27*	
	F	-.61**	-.63**	-.51**	
	K	.43**	.51**	.30*	
	S	.55**	.62**	.41**	

Nota. AT - Amostra Total; * $p \leq .05$; ** $p \leq .001$

Ainda a este nível de análise, as correlações obtidas na AC e na ANC (Ver Tabela B5, em anexo), revelam-se significativas sobretudo na ANC, sendo, na sua maioria, superiores às da AC (entre 0.02 e -.617 na ANC; entre .00 e -.57 na AC). Salienta-se o facto de a escala da Depressão (D), de Psicastenia (Pt) e de Introversão Social (Si) terem correlações significativas com todas as escalas do MHI na ANC e na AC não terem em nenhuma. Estes resultados sugerem naturalmente a maior relevância da avaliação de patologia ou sofrimento psicológico em população clínica.

4. Validade relativa a um critério

4.1. Diferenças entre grupos clínico e não-clínico

A análise de variância univariada (One-Way ANOVA) demonstrou que há efeitos significativos, ao nível da condição clínica (com/sem queixa clínica), nas diferentes medidas do

MHI (ver Tabela 11). De facto, verifica-se que todas as medidas do MHI diferenciam os grupos no sentido esperado a $p < .001$.

Os participantes da amostra clínica, isto é, com história ou diagnóstico clínico, obtiveram, na sua generalidade, resultados significativamente inferiores no indicador global de saúde e nas diferentes componentes do inventário, em comparação com os participantes sem queixa clínica, demonstrando ser uma medida muito robusta de validade empírica ou validade de critério.

Estas diferenças mostram-se sempre importantes e mais acentuadas ao nível dos Laços Emocionais e da Perda de Controlo Emocional ou Comportamental, sugerindo que pessoas sem queixa clínica se apresentam mais capazes ao nível dos laços emocionais que estabelecem e que têm uma perceção pessoal de maior controlo sobre as suas emoções, sentimentos e comportamentos. Desta forma, confirma-se que a população normal apresenta uma capacidade de lidar com as suas emoções mais adaptada, conduzindo a menor sofrimento psicológico e maior bem-estar.

Tabela 11. ANOVA dos resultados da amostra clínica e não clínica

	AC <i>N</i> =31 <i>M</i> (<i>SD</i>)	ANC <i>N</i> =33 <i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> (1,62)*
MHI: Escalas e Subescalas			
Distress Psicológico	3.14 (0.84)	4.68 (0.62)	58.63**
Ansiedade	2.94 (0.81)	4.38 (0.72)	45.92**
Depressão	3.17 (0.91)	4.73 (0.71)	29.98**
Perda de Controlo	3.31 (1.00)	4.92 (0.56)	70.21**
Bem-Estar Psicológico	2.96 (0.97)	4.07 (0.75)	63.83**
Afeto Positivo	2.60 (0.70)	3.86 (0.79)	52.88**
Laços Emocionais	2.96 (0.90)	4.29 (0.99)	78.69**
MHI – Total	5.92 (1.35)	8.75 (1.21)	57.29**

Nota. * $p < .001$

4.2. Índices de Sensibilidade e Especificidade da Medida Global de MHI

4.2.1. Critério: condição clínica

Os índices de sensibilidade, especificidade e poder preditivo da medida global de MHI foram calculados através da contabilização do número de casos identificados corretamente por esta medida. Considerou-se a diferenciação entre AC e ANC como o critério de determinação do teste positivo ou negativo (AC – teste negativo; ANC – teste positivo). Consideraram-se dois pontos de

corde clínicos: 7.38 que corresponde à média da amostra total em estudo (AT); e 8.56 que corresponde à média da amostra de referência escolhida. Assim, todos os participantes: da AC com valores inferiores à média (i.e., baixos níveis de saúde mental) são considerados Verdadeiros Negativos; da ANC com valores superiores à média (i.e., elevados níveis de saúde mental) são considerados Verdadeiros Positivos. Os resultados são apresentados na Tabela 12.

Tabela 12. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo da medida total do MHI (critério: condição clínica)

Valores do MHI – Total*		AT (N=64)		Cálculos (%)**				
		AC (N=31)	ANC (N=33)	Se	Sp	VPP	VPN	PDG
AT	Elevados	5 ^a	28 ^b	.85	.84	.85	.84	.84
	Baixos	26 ^c	5 ^d					
AR	Elevados	1 ^a	20 ^b	.60	.97	.95	.70	.78
	Baixos	30 ^c	13 ^d					

Nota. AT – Amostra Total; AR – Amostra de Referência; *ponto de corte considerado foi a M obtida na ATO e na AR, respetivamente; a – Falsos Positivos; b – Verdadeiros Positivos; c – Verdadeiros Negativos; d – Falsos Negativos; Se – Sensibilidade; Sp – Especificidade; VPP – Valor Preditivo Positivo; VPN – Valor Preditivo Negativo; PDG – Poder Diagnóstico Global; **Se = $b/(b+d)$, Sp = $c/(c+a)$, VPP = $b/(b+a)$, VPN = $c/(c+d)$, PDG = $(b+c)/N$

Analisando primeiramente os resultados obtidos tendo por referência a média da amostra em estudo, verifica-se que na ANC há 28 Verdadeiros Positivos e 5 Falsos Positivos, i.e., 28 dos 33 participantes foram corretamente identificados com saúde mental pelo MHI e 5 não foram. Verifica-se que na AC há 26 Verdadeiros Negativos e 5 Falsos Negativos, i.e., 26 dos 31 participantes foram corretamente identificados com baixos níveis de saúde mental pelo MHI e 5 não foram.

Assim podem ser identificados os vários índices:

- Sensibilidade (Se) do MHI é de .85 (i.e., o teste tem uma probabilidade de 85% de identificar corretamente participantes com saúde mental);
- Especificidade (Sp) é de .84 (i.e., o teste tem uma probabilidade de 84% de identificar corretamente participantes com níveis baixos de saúde mental);
- Poder preditivo positivo é de 85%; Poder Preditivo Negativo é de 84%; e o Poder de Diagnóstico é de 84%.

Tendo como critério os valores da AR, com ponto de corte mais elevado, verifica-se que o índice de sensibilidade desce, mas há uma subida na especificidade e no poder preditivo positivo; isto é, o teste identifica menos Falsos Negativos (i.e., participantes sem queixa clínica são identificadas como tendo baixa saúde mental), e deteta mais Falsos Positivos (i.e., participantes

com queixa clínica são identificadas como tendo saúde mental). Por outras palavras, com um ponto de corte elevado, o MHI é mais eficaz a identificar corretamente os indivíduos em sofrimento psicológico ou problemas de saúde mental. O elevado valor preditivo positivo demonstra igualmente que o teste consegue detetar 95% das vezes todas as pessoas que tenham resultados verdadeiramente positivos, isto é, que não estejam em sofrimento psicológico.

4.2.2. Critério: MMPI – 2

Apresenta-se de seguida a análise realizada de forma a obter os índices de sensibilidade, especificidade e poder preditivo da medida global de MHI, usando como critério o MMPI-2. Todos os perfis do MMPI – 2 foram categorizados, quer ao nível clínico, quer de personalidade, como perfis patológicos e perfis normais (ver metodologia). Paralelamente foi considerada a média do MHI – Total. Assim, são considerados: Verdadeiros Positivos – os casos com perfis normais e valores superiores à média no MHI); e Verdadeiros Negativos – os casos com perfis patológicos e valores superiores à média no MHI.

Tabela 13. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo na medida total do MHI (critério: MMPI – 2)

Valores do MHI - Total*		MMPI - Perfil Clínico**			Cálculos (%)				MMPI - Perfil de Personalidade***			Cálculos (%)			
		Normal	Patológico	Se	Sp	VPP	VPN	PDG	Normal	Patológico	Se	Sp	VPP	VPN	PDG
AT	Elevados	26 ^a	7 ^b						20 ^a	13 ^b					
	Baixos	4 ^c	27 ^d	.87	.79	.79	.87	.83	8 ^c	23 ^d	.47	.64	.60	.74	.67
AR	Elevados	12 ^a	2 ^b	.52	.94	.86	.74	.69	11 ^a	10 ^b	.39	.72	.52	.60	.58
	Baixos	11 ^c	32 ^d						17 ^c	26 ^d					

Nota. AT – Amostra Total; AR – Amostra de Referência; *ponto de corte considerado foi a M obtida no MHI-Total na AT e na AR, respetivamente; ** Perfis das Escalas Clínicas Base com 3 ou mais escalas superiores a T65 foram considerados patológicos; *** Perfis das Escalas do PSY – 5 com 1 ou mais escalas superiores a T65 foram considerados patológicos; a – Verdadeiros Positivos; b – Falsos Positivos; c – Falsos Negativos; d – Verdadeiros Negativos; Se – Sensibilidade; Sp – Especificidade; VPP – Valor Preditivo Positivo; VPN – Valor Preditivo Negativo; PDG – Poder Diagnóstico Global; **Se = a/(a+c), Sp = d/(d+b), VPP = a/(a+b), VPN = d/(d+c), PDG = (a+d)/N

Analisando primeiramente os resultados obtidos tendo por referência a média da amostra em estudo, verifica-se, ao nível das escalas clínicas, que o MHI tem uma probabilidade de 87% de identificar verdadeiros positivos (pessoas com perfis de MMPI normais e com saúde mental elevada); e uma probabilidade de 79% de identificar verdadeiros negativos (pessoas com perfis de MMPI patológicos e baixos níveis de saúde mental). De salientar igualmente que há uma probabilidade de 87% do teste identificar todos os participantes com perfis patológicos como tendo baixos níveis de saúde mental.

Comparando estes valores com os da AR, com um ponto de corte mais elevado, verifica-se que o teste é mais eficaz a identificar corretamente indivíduos que têm perfis patológicos com baixos níveis de saúde mental. Além disso, o teste consegue detetar 86% das vezes todos os participantes que tenham resultados verdadeiramente positivos, que neste caso se traduzem em pessoas com níveis elevados de saúde mental que tem perfis considerados normais nas escalas clínicas.

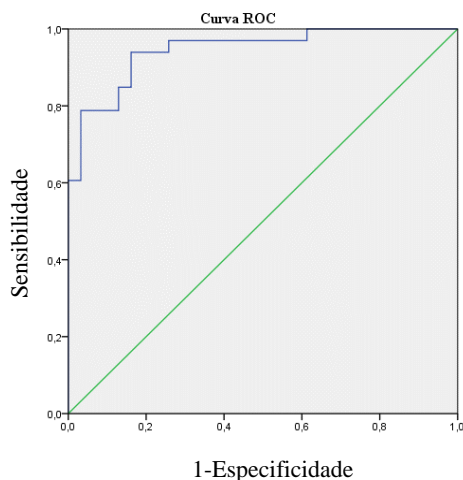
Analisando os índices respeitantes aos perfis de personalidade verifica-se para ambos os pontos de corte, índices expressivamente mais baixos quando comparados com os perfis clínicos. Contudo verifica-se que os índices mais elevados se encontram ao nível da especificidade e valor preditivo negativo, sugerindo que o MHI é mais eficaz a detetar os indivíduos verdadeiramente negativos, isto é, pessoas com perfis patológicos como tendo baixos níveis de saúde mental.

4.2.3. Curva ROC do MHI – Total

Utilizando como critério as duas amostras, construiu-se uma *Receiver Operating Characteristic Curve* (curva ROC) para o MHI – Total.

A curva ROC (ver Figura 2) definiu um limiar ótimo de ≥ 7.19 . Isto é, análise da curva ROC sugere que o ponto de corte de ≥ 7.19 é o mais adequado. Com este ponto de corte, a área da curva ROC (AUC) foi de .945, o que significa que o teste tem uma capacidade de precisão excelente em distinguir pessoas com queixas clínicas das que a não têm. Relativamente a índices de sensibilidade (Se) e especificidade (SP), verificou-se, com este ponto de corte, valores de Se de 93.4% e valores de Sp de 83.9%. Pontos de corte $\leq 5,67$ dão índices de sensibilidade de 100%. Por outro lado, pontos de corte de $\geq 8,61$ dão índices de especificidade de 100%.

Figura 2. Curva ROC para a medida total do MHI



4.3. Índices de Sensibilidade e Especificidade da Medida MHI - BEP

O estudo dos indicadores de validade de critério para a medida de MHI – Bem-Estar Psicológico (MHI – BEP), fez-se utilizando como critério os resultados obtidos no SPWB – Total. Assim sendo, todos os casos que se encontrem abaixo da média¹⁰ do SPWB – Total e abaixo da média do MHI – BEP¹¹ são considerados Verdadeiros Negativos (i.e., baixos níveis de bem-estar na escala global do SPWB, correspondem a baixos níveis na escala de bem-estar do MHI). Pelo contrário, todos os casos que se encontrem acima da média do SPWB – Total e acima da média do MHI – BEP são considerados Verdadeiros Positivos (i.e., níveis de bem-estar elevados na escala global do SPWB, correspondem a níveis elevados na escala de bem-estar do MHI).

Tabela 14. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo na medida de Bem-Estar Psicológico do MHI (critério: medida total do SPWB)

			Valores do SPWB - Total**		Cálculos (%)				
			Elevados	Baixos	Se	Sp	VPP	VPN	PDG
Valores do MHI - BEP*	AT	Elevados	32 ^a	0 ^b	.65	1	1	.47	.73
		Baixos	17 ^c	15 ^d					
	AR	Elevados	15 ^a	0 ^b	.31	1	1	.31	.47
		Baixos	34 ^c	15 ^d					

Nota. AT – Amostra Total; AR – Amostra de Referência; *ponto de corte considerado foi a M obtida no MHI-BEP na AT e na AR, respetivamente; **ponto de corte considerado foi M do SPWB – Total do estudo de Novo (1998); a – Verdadeiros Positivos; b – Falsos Positivos; c – Falsos Negativos; d – Verdadeiros Negativos; Se – Sensibilidade; Sp – Especificidade; VPP – Valor Preditivo Positivo; VPN – Valor Preditivo Negativo; PDG – Poder Diagnóstico Global; **Se = a/(a+c), Sp = d/(d+b), VPP = a/(a+b), VPN = d/(d+c), PDG = (a+d)/N

Analisando os índices obtidos em ambas as amostras, verifica-se que o MHI – BEP conseguiu identificar sempre os participantes com resultados verdadeiramente positivos, isto é, com níveis elevados de bem-estar como tendo, quando estes foram assim classificados pelo SPWB. O MHI – BEP demonstrou também conseguir identificar sempre os verdadeiros negativos, isto é, mostrou conseguir identificar as pessoas com níveis baixos de bem-estar como realmente tendo. Porém demonstrou mais dificuldades em detetar entre aqueles que têm realmente níveis elevados de bem-estar (i.e., aqueles que são verdadeiramente positivos). Este resultado tornou-se ainda mais evidente quando o ponto de corte é mais elevado.

¹⁰ Média do estudo de Novo (2003) como ponto de corte escolhido ($M = 358.42$)

¹¹ Consideraram-se dois pontos de corte clínicos: 3.45 que corresponde à média da amostra total em estudo (AT); e 4.01 que corresponde à média da amostra de referência escolhida.

Utilizando este critério para as outras medidas finais do MHI e para as diferentes amostras (ver Tabela B6 em anexo), verifica-se, para todas as amostras e escalas do MHI, que o maior número de casos se situam no mesmo extremo para cada escala. Isto é, quando os participantes apresentam resultados inferiores à média no SPWB, o mesmo acontece no MHI (i.e., apresentam também resultados inferiores à média), com exceção de apenas alguns participantes. O mesmo acontece para resultados superiores à média. Estes resultados sugerem que o MHI é bom a detetar verdadeiros positivos e negativos, ou seja, em identificar quando o participante tem níveis elevados de bem-estar quando este realmente os tem e a identificar quando o participante tem baixos níveis de bem-estar quando este realmente os não tem.

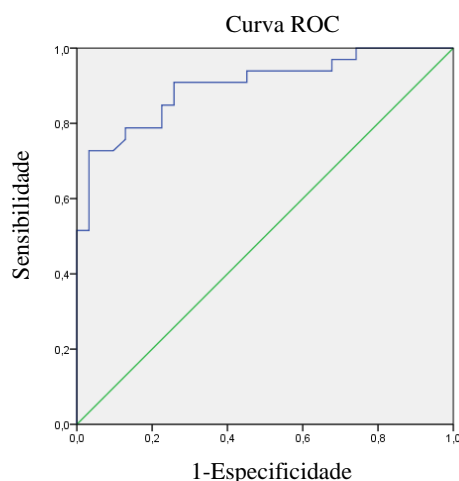
Verifica-se igualmente para todas as amostras e escalas, com a exceção da ET para ANC, 0 Falsos Positivos. Isto significa que o MHI tem uma boa capacidade de não identificar erradamente indivíduos que têm um nível baixo de bem-estar como o tendo. Contudo o MHI parece ter mais dificuldade em não identificar erradamente indivíduos que apresentam níveis elevados de bem-estar como tendo (Falsos Negativos). Os resultados sugerem, assim, que o MHI tem uma boa capacidade de identificar erradamente pessoas que têm um nível **baixo** de bem-estar, o mesmo não acontecendo para as pessoas que têm um **elevado** nível de bem-estar, que são mais vezes identificadas erradamente pelo instrumento como não tendo, quando verdadeiramente o têm, segundo o critério escolhido.

4.3.1. Curva ROC para o MHI – BEP

Utilizando como critério as duas amostras, construiu-se uma *Receiver Operating Characteristic Curve* (curva ROC) para o MHI – BP.

A curva ROC (ver Fig. 2) definiu um limiar ótimo de ≥ 3.64 . Isto é, análise da curva ROC sugere que o ponto de corte de ≥ 3.64 é o mais adequado. Com este ponto de corte, a área da curva ROC (AUC) foi de .900, o que significa que a medida de bem-estar psicológico do MHI tem uma capacidade de precisão excelente em distinguir pessoas com queixas clínicas das que as não têm. Relativamente a índices de sensibilidade (Se) e especificidade (SP), verificou-se, com este ponto de corte, valores de Se de 72.7% e valores de Sp de 96.8%. Pontos de corte ≤ 2.52 dão índices de sensibilidade de 100%. Por outro lado, pontos de corte de ≥ 3.89 dão índices de especificidade de 100%.

Figura 3. Curva ROC para a medida de Bem-Estar Psicológico do MHI



4.4. Índices de Sensibilidade e Especificidade da medida MHI – Distress Psicológico

O estudo dos indicadores de validade de critério para a medida de MHI – *Distress* Psicológico (MHI – DP), fez-se utilizando como critério os resultados obtidos no MMPI – 2, mais especificamente através dos perfis obtidos que foram posteriormente categorizados em normais ou patológicos. Assim sendo, todos os casos que sejam categorizados como tendo perfis patológicos e tenham resultados abaixo da média do MHI – DP são considerados Verdadeiros Negativos (i.e., perfis patológicos, correspondem a baixos níveis na escala de distress do MHI). Pelo contrário, todos os casos que sejam categorizados com perfis normais e acima da média do MHI – DP são considerados Verdadeiros Positivos (i.e., perfis normais correspondem a níveis elevados na escala de *distress* do MHI).

Tabela 15. Índices de sensibilidade e especificidade e poder preditivo na medida de Distress Psicológico do MHI (critério: MMPI – 2)

Valores do MHI - DP*		MMPI - Perfil Clínico**		Cálculos (%)					MMPI - Perfil de Personalidade***		Cálculos (%)				
		Normal	Patológico	Se	Sp	VPP	VPN	PDG	Normal	Patológico	Se	Sp	VPP	VPN	PDG
AT	Elevados	28 ^a	9 ^b						24 ^a	13 ^b					
	Baixos	1 ^c	25 ^d	.97	.73	.76	.96	.83	3 ^c	23 ^d	.89	.64	.65	.88	.73
AR	Elevados	19 ^a	2 ^b	.63	.94	.90	.74	.80	12 ^a	9 ^b	.43	.75	.57	.63	.61
	Baixos	11 ^c	32 ^d						16 ^c	27 ^d					

Nota. AT – Amostra Total; AR – Amostra de Referência; *ponto de corte considerado foi a M obtida no MHI-Total na AT e na AR, respetivamente; ** Perfis das Escalas Clínicas Base com 3 ou mais escalas superiores a T65 foram considerados patológicos; *** Perfis das Escalas do PSY – 5 com 1 ou mais escalas superiores a T65 foram considerados patológicos; a – Verdadeiros Positivos; b – Falsos Positivos; c – Falsos Negativos; d – Verdadeiros Negativos; Se – Sensibilidade; Sp – Especificidade; VPP – Valor Preditivo Positivo; VPN – Valor Preditivo Negativo; PDG – Poder Diagnóstico Global; **Se = a/(a+c), Sp = d/(d+b), VPP = a/(a+b), VPN = d/(d+c), PDG = (a+d)/N

Analisando os índices obtidos da Amostra Observada ao nível das escalas clínicas, verifica-se que o MHI – DP tem uma probabilidade de 97% de identificar verdadeiros positivos, isto é, pessoas com perfis normais como tendo não tendo sofrimento psicológico, e uma probabilidade de 73% de identificar verdadeiros negativos, isto é, pessoas com perfis patológicos como tendo sofrimento psicológico. É de salientar igualmente que há uma probabilidade de 86% do teste identificar todos os participantes que tenham perfis patológicos como tendo sofrimento psicológico.

Comparando estes valores com os da AR, com um ponto de corte mais elevado, verifica-se que o teste é mais eficaz a identificar corretamente os verdadeiros negativos do que os verdadeiros positivos, isto é, tem mais facilidade em identificar indivíduos que têm perfis patológicos como tendo níveis de sofrimento psicológico, do que indivíduos com perfis normais como não tendo níveis de sofrimento psicológico.

Analisando os índices respeitantes aos perfis de personalidade verifica-se para a amostra observada que o MHI – DP tem uma probabilidade de 89% de identificar verdadeiros positivos, ocorrendo uma percentagem muito menor com o ponto de corte superior da AR. Por outro lado, com um ponto de corte superior, a probabilidade de identificar verdadeiros negativos aumenta. O valor preditivo negativo, isto é a proporção de participantes com resultados verdadeiramente negativos, isto é, com resultados acima da média no MHI – DP, entre os que tem perfis considerados patológicos é superior quando o ponto de corte é inferior.

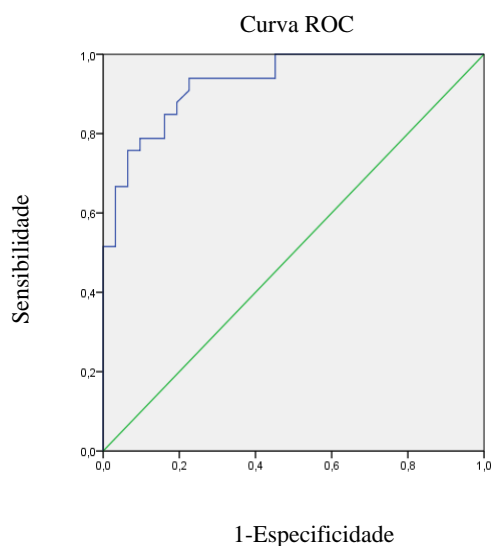
Fazendo a mesma análise para cada escala especificamente (utilizando como ponto de corte T_{65}) (ver Tabela B7 em anexo), verifica-se que o MHI parece conseguir detetar corretamente a maioria dos verdadeiros positivos e negativos, isto é, de identificar quando os participantes tem níveis elevados de *distress* quando estes realmente o têm e vice-versa, uma vez que, quando a maioria dos participantes têm resultados superiores à média no MHI, verifica-se igualmente que estes têm resultados $T < 65$, ocorrendo o padrão inverso relativamente àqueles que obtiveram resultados inferiores à média. Salienta-se o facto de o MHI se mostrar particularmente preciso a identificar na escala MHI – DP e com pessoas sem queixa clínica, os Verdadeiros Positivos, isto é, pessoas que não têm valores elevados de patologia no MMPI e têm elevados níveis na escala de MHI – DP.

4.4.1. Curva ROC para o MHI – DP

Utilizando como critério as duas amostras, construiu-se uma *Receiver Operating Characteristic Curve* (curva ROC) para o MHI – DP.

A curva ROC (ver Fig. 4) definiu um limiar ótimo de ≥ 3.89 . Isto é, a análise da curva ROC sugere que o ponto de corte de ≥ 3.89 é o mais adequado. Com este ponto de corte, a área da curva ROC (AUC) foi de .930, o que significa que a medida de *distress* psicológico do MHI tem uma capacidade de precisão excelente de distinguir pessoas com queixas clínicas das que não têm. Relativamente a índices de sensibilidade (Se) e especificidade (SP), verificou-se, com este ponto de corte, valores de Se de 93.9% e valores de Sp de 77.4%. Pontos de corte ≤ 3.12 dão índices de sensibilidade de 100%. Por outro lado, pontos de corte de ≥ 4.78 dão índices de especificidade de 100%.

Figura 4. Curva ROC para a medida de Distress Psicológico do MHI



Discussão

Os objetivos deste estudo foram: 1) estabelecer a convergência das medidas finais do *Mental Health Inventory* (MHI) (global e parcelares) relativamente a outras medidas independentes que operacionalizam os mesmos constructos (validade convergente); 2) estabelecer a independência das medidas finais do MHI (global e parcelares) relativamente a outras medidas que operacionalizam constructos psicológicos não associados (validade divergente); e 3) determinar a sensibilidade, especificidade e poder preditivo das medidas finais do MHI (global e parcelares). Análises exploratórias das características metrológicas do MHI foram conduzidas para determinar a qualidade das medidas, a validade de constructo e de critério do instrumento. Para tal, efetuaram-se quatro estudos diferenciados. No estudo da análise metrológica das medidas, analisou-se as medidas de tendência central e dispersão, os índices de discriminação e a consistência interna das escalas e subescalas do MHI, para testar a qualidade dos itens e do teste como um todo. No estudo da validade de constructo, analisou-se a estrutura dimensional, as intercorrelações dos diferentes componentes do MHI, e as diferenças entre variáveis (sexo e idade) para cada uma das escalas do MHI, de forma a testar a validade de constructo do instrumento. No estudo de validade convergente e discriminante, analisou-se as correlações entre o MHI e dois instrumentos independentes, *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) e *Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2* (MMPI – 2), para testar a validade convergente e discriminante das medidas finais do MHI. Por fim, no estudo de validade de critério consideraram-se diferentes critérios e determinaram-se índices de sensibilidade, especificidade e poder preditivo global das medidas finais do MHI, para testar a validade de critério dessas medidas.

Estudo da Análise metrológica das medidas

As medidas de tendência central e dispersão, na amostra total observada (AT) e na amostra clínica (AC), mostram-se tendencialmente inferiores aos da amostra de referência (AR). Por outro lado, a amostra não clínica (ANC) tem valores mais próximos e tendencialmente superiores aos da AR. Estas diferenças podem decorrer das características distintivas das duas amostras, designadamente da idade e da condição clínica: a AR é composta exclusivamente por idosos sem queixa psicopatológica e as amostras observadas são compostas fundamentalmente por adultos e jovens-adultos (destacando-se a ANC por ser maioritariamente composta por jovens adultos), tendo metade queixa psicopatológica. Estes dados sugerem a importância de variáveis

sociodemográficas, como a idade, na determinação de níveis de saúde mental. Entre adultos idosos, pode haver uma sensação superior de *coping* e de controlo sobre as emoções, levando a que respostas emocionais que podem sugerir perda de controlo emocional ou comportamental tenham menos saliência nessa população (Manne & Schnoll, 2001).

Estudos têm apontado também a preponderância de fatores como o sexo e a condição física na compreensão dos diferentes indicadores de bem-estar e *distress* psicológicos (Novo, 2006). Os dados obtidos na ANOVA relativamente às diferenças analisadas na AT ao nível do sexo e da idade apontam também nesse sentido. Verificou-se que os participantes do sexo masculino e mais jovens apresentavam resultados significativamente superiores em todas as medidas do MHI comparativamente com os outros grupos de sexo e idade diferente.

Tais diferenças podem explicar parte dos resultados no estudo, dado que há uma superioridade de mulheres na AC. No mesmo sentido, os dados do Eurobarómetro sugerem que a elevada prevalência de perturbações mentais em Portugal, relativamente a outros países europeus, diz respeito sobretudo a grupos vulneráveis, como mulheres, pobres e idosos, que evidenciam um risco ainda maior de sintomatologia psiquiátrica (Xavier et al., 2013).

Ao nível de consistência interna verifica-se elevada fiabilidade das medidas, com valores de alfas a .90. Estes valores poderão sugerir redundância ao nível dos itens e um menor contributo de cada um deles com informação inédita (Linacre, 2000). Analisando os índices de discriminação dos itens para cada uma das subescalas associadas, verifica-se a robustez dos itens na predição de resultados totais (Ebel & Frisbie, 1986), contudo, e uma vez que as correlações se encontram todas acima de .60, aponta-se, do mesmo modo, para a potencial redundância dos itens. Estes resultados sugerem que, na avaliação de saúde mental, será mais robusto um modelo de duas medidas parcelares (Bem-Estar Psicológico e *Distress* Psicológico) em vez das cinco medidas de 1ª ordem.

Estudo da Validade de Constructo

As intercorrelações dos diferentes componentes do MHI revelaram-se significativas e de elevada magnitude (Cohen, 1977), sugerindo homogeneidade do instrumento e potencial redundância das medidas.

Deste modo, a estrutura dimensional do MHI, avaliada através de uma análise em componentes principais (com rotação varimax), diferencia dois componentes. Estes agregam as medidas parcelares de acordo com o modelo de Veit e Ware (1983), só a dimensão (Afeto Positivo) não se

agrega claramente no componente expectável e é explicado pelos dois componentes. Pode considerar-se que o modelo de base é globalmente confirmado, embora sem um ajuste perfeito.

Contudo, há também a salientar uma superioridade de dimensões associadas ao *Distress* Psicológico na determinação dos resultados globais do MHI e várias potenciais explicações para tal, designadamente a composição da amostra. O presente estudo integra participantes com história ou queixa clínica, o que não acontece no estudo de Veit e Ware (1983) e sabe-se que as perturbações mentais, sobretudo severas, podem alterar a forma como os sintomas psicológicos são percebidos e assim alterar a estrutura das medidas. Também as diferenças sociodemográficas entre as populações estudadas podem ter contribuído para as diferenças encontradas. A faixa etária dos participantes no estudo de Veit e Ware (1983) era mais abrangente e a amostra era de dimensão muito superior à do presente estudo. Uma terceira potencial explicação para as diferenças em análise é a diferença de coortes, dado que o estudo de Veit e Ware foi publicado há 32 anos, e os sintomas emocionais poderão ter diferentes níveis de expressão e diferenciação na linguagem ao longo do tempo. Porém, e uma vez que a amostra da presente investigação tem uma dimensão reduzida, considerou-se excessivo extrair daqui conclusões relativamente à estrutura dimensional do MHI.

Estudo da Validade Convergente e Discriminante

As correlações entre as medidas do MHI e do SPWB constituem indicadores de *validade convergente* do MHI relativamente à medida bem-estar psicológico e de *validade divergente* no que se refere à medida de *distress* psicológico. A maioria das dimensões avaliadas pelas SPWB correlacionam-se significativa e positivamente com as medidas finais do MHI, destacando-se o resultado Total de BEP, o Domínio do Meio e as Relações Positivas com os Outros. Só a escala de Autonomia apresentou correlações não significativas com as medidas finais do MHI. Estes resultados sugerem que o teste consegue medir o bem-estar psicológico, sobretudo o bem-estar psicológico geral e as diversas dimensões parcelares, com exceção da dimensão de Autonomia. Uma vez que o *distress* psicológico é cotado inversamente (i.e., resultados elevados indicam menor sofrimento psicológico), as correlações de sentido positivo com o SPWB sugerem que esta escala não mede o bem-estar psicológico.

Considerando as diferenças ao nível das amostras, verifica-se uma superioridade de correlações significativas na ANC quando comparada com a AC, o que sugere uma maior relevância do Bem-Estar Psicológico na população sem queixa clínica.

As correlações entre as medidas do MHI e do MMPI – 2 constituem também indicadores de *validade convergente* do MHI relativamente à medida *distress* psicológico e de *validade divergente* no que se refere à medida de bem-estar psicológico. A maioria das escalas avaliadas pelo MMPI – 2 correlacionam-se significativa e negativamente com as medidas finais do MHI. Estes dados sugerem que o teste mede a ausência de psicopatologia, isto é, a saúde mental, corroborando a teoria de base do instrumento, de que níveis mais elevados na escala correspondem a um nível inferior de sofrimento psicológico. Especificamente os resultados sugerem que a medida de *Distress* Psicológico consegue medir aspectos específicos de sofrimento psicológico (neste caso inversamente) e que a medida de Bem-Estar Psicológico não as mede. Num nível mais específico de análise, os resultados sugerem que o MHI está fortemente associado às dimensões de Depressão e Psicastenia, enquanto as dimensões de Hipomania e de personalidade de tipo Agressivo não parecem estar representadas no MHI. Salienta-se também o facto de o MHI parecer não se relacionar tão fortemente com as escalas de personalidade, quando comparado com as escalas clínicas, sugerindo que o MHI avalia fundamentalmente sintomas clínicos e não aspetos funcionais e comportamentais que se configuram como modos ou estilos de ser, de pensar e de agir. Uma vez que o *distress* psicológico é cotado inversamente (i.e., resultados elevados indicam menor sofrimento psicológico), as correlações de sentido positivo com o SPWB sugerem que esta dimensão não mede o bem-estar psicológico.

Considerando as diferenças ao nível das amostras, verifica-se uma superioridade de correlações significativas na AC, sugerindo que o MHI dá naturalmente uma maior relevância da avaliação de patologia ou sofrimento psicológico em população clínica. Destaca-se especialmente as correlações obtidas nas escalas da Depressão, Psicastenia e Introversão Social, uma vez que só se mostraram significativas na ANC, sugerindo que estas dimensões têm especial relevância em populações não clínicas.

Estudo de Validade de Critério

O estudo das diferenças entre amostras, com e sem queixa clínica, demonstraram que há diferenças significativas entre os participantes e que essas diferenças se mostravam sempre importantes, embora mais acentuadas ao nível dos Laços Emocionais e da Perda de Controlo Emocional ou Comportamental. Desta forma, os resultados sugerem que pessoas sem queixa clínica se apresentam mais capazes ao nível dos laços emocionais que estabelecem e têm uma perceção pessoal de maior controlo sobre as suas emoções, sentimentos e comportamentos.

Confirma-se, do mesmo modo, que há menores níveis de *distress* psicológico e maiores níveis de bem-estar psicológico, na população normal. Nesse sentido, e tal como era esperado, pessoas sem queixa ou história clínica apresentam níveis mais elevados de saúde mental segundo os resultados obtidos nas medidas do MHI.

Desta forma e utilizando como critério estas duas amostras diferenciadas, demonstrou-se como a medida global do inventário (MHI – Total) tem uma boa capacidade de detetar indivíduos com baixos níveis de saúde mental quando estes revelam queixas clínicas. Verifica-se igualmente a capacidade do MHI – Total em identificar corretamente os indivíduos sem queixas clínicas, como tendo níveis mais elevados de saúde mental. Estes dados são corroborados também quando se usou como critério os perfis obtidos no MMPI – 2. De facto, os indivíduos que apresentaram perfis patológicos apresentaram resultados mais baixos na medida de MHI – Total, comparativamente aos que apresentavam perfis normais. Os índices de sensibilidade, especificidade e poder preditivo são muito expressivos na generalidade, mas decrescem no que diz respeito às escalas de personalidade (PSY – 5), o que indicia, mais uma vez, que o MHI – Total avalia predominantemente sintomatologia clínica e não características de personalidade.

Da análise da curva ROC sugere-se 7.19 como ponto de corte do MHI – Total; i.e. 7.19 é o valor que melhor combina valores de sensibilidade e especificidade. Contudo, se se pretender níveis de especificidade superiores, de forma a detetar mais eficazmente baixos níveis de saúde mental e consequente sofrimento psicológico, sugere-se um ponto de corte mais elevado (8.61). Se se pretender detetar mais eficazmente níveis superiores de saúde mental (i.e., aumentar a sensibilidade da medida) sugere-se pontos de corte de $\leq 5,67$. Sugere-se, assim, que para contextos clínicos, em que interessa essencialmente detetar pessoas em sofrimento psicológico e com perturbação mental, se utilize um ponto de corte mais elevado de forma a aumentar a especificidade do teste.

Relativamente às medidas parcelares do MHI, verifica-se igualmente a sua capacidade em identificar corretamente indivíduos com níveis elevados de bem-estar psicológico e em detetar aqueles que têm níveis elevados de *distress* psicológico. Os dados sugerem que a medida de Bem-Estar Psicológico do MHI (MHI – BEP) é mais eficaz em identificar pessoas com reduzido bem-estar, do que em identificar pessoas com elevados níveis de bem-estar. Por outro lado, a medida de *Distress* Psicológico do MHI (MHI – DP) parece ser mais eficaz em identificar níveis baixos de sofrimento psicológico, daqueles que têm elevados níveis de sofrimento psicológico. É de ressaltar,

porém, que estes resultados dependem dos pontos de corte considerados. Assim para o MHI – BEP sugere-se que o ponto de corte que melhor combina valores de sensibilidade e especificidade é de ≥ 3.64 ; no MHI – DP sugere-se um ponto de corte de ≥ 3.89 .

Conclusões e Reflexões Finais

O presente estudo sugere que o *Mental Health Inventory* (MHI) se constitui como uma ferramenta válida no rastreio da saúde mental, apresentando propriedades boas psicométricas na amostra portuguesa estudada. A sua utilização parece ser especialmente útil para identificar pessoas com baixos níveis de saúde mental ou com patologia, daquelas que têm níveis elevados de saúde mental e não têm queixa clínica. Efetivamente, com qualquer um dos critérios utilizados e com diferentes pontos de corte verificaram-se sempre elevados índices de sensibilidade, de especificidade e de poder preditivo das medidas finais do MHI (Saúde Mental Total, Bem-Estar Psicológico e *Distress* Psicológico).

A presente investigação parece também sustentar, à luz da literatura, o modelo de avaliação da saúde mental proposto por Veit e Ware. Contudo, os resultados encontrados suscitam reservas no que diz respeito à estrutura interna do MHI, pelo menos na amostra aqui estudada, uma vez que uma das dimensões (Afeto Positivo) não se revela agregada ao Bem-Estar Psicológico, mas antes ao *Distress* Psicológico. Além disso, os resultados sugerem redundância dos itens e das medidas, uma vez que os valores obtidos ao nível do poder discriminativo dos itens, das intercorrelações entre os diferentes componentes e da consistência interna atingem valores muito elevados.

Do ponto de vista da validação convergente e divergente, o presente estudo não só a demonstra, como amplia os resultados de investigações anteriores, através das associações das medidas finais do MHI com as dimensões de bem-estar psicológico e de sofrimento psicológico, respetivamente. Os dados sugerem que o MHI consegue medir o bem-estar psicológico sobretudo no que diz respeito ao bem-estar psicológico geral, ao domínio do meio, e às relações positivas, e medir o *distress* psicológico sobretudo no que diz respeito à depressão e à psicastenia. Por outro lado, ao nível do *distress* psicológico, este não representa características de personalidade de tipo agressivo e sintomas de hipomania e ao nível do bem-estar psicológico não representa a dimensão de autonomia. Os resultados obtidos sugerem também que o MHI parece medir essencialmente sintomas clínicos e não características da personalidade.

Assim, a presente investigação cumpre os objetivos e corrobora as hipóteses enunciadas, demonstrando evidências empíricas de validade de constructo, convergente e discriminante e de validade de critério das medidas do MHI. Também demonstra o poder de diferenciação do MHI face à idade e ao sexo.

Implicações

Os dados deste estudo são relevantes na medida em que informam sobre as potencialidades do MHI como instrumento de rastreio de saúde mental em contextos de investigação e clínicos. A utilização do MHI pode ter impacto tanto na deteção precoce da psicopatologia como na monitorização do curso de tratamento. Devido à sua natureza, de aplicação simples e rápida, o uso do MHI poderá ser também recomendado em unidades de cuidados de saúde primários e em campanhas de prevenção e promoção de saúde. Este ponto toma especial relevância, uma vez que se verifica que problemas ou perturbações de ordem mental se têm tornado na causa central de incapacidade e uma das principais causas para a morbidez e morte precoce em todo o mundo. Além disso, verifica-se que a maioria das pessoas com problemas do foro mental procura primeiramente ajuda nos cuidados primários, contudo, devido a constrangimentos de tempo, 50% dos casos de perturbação mental não são indentificados pelos médicos de clínica geral (Xavier, Baptista, Mendes, Magalhães, & Caldas-de-Almeida, 2013).

Os resultados deste estudo reforçam a importância de dar a grupos vulneráveis (mulheres e idosos) no que diz respeito à saúde mental. Os dados sugerem que estes grupos estão sujeitos a maiores riscos de desenvolver sintomas psiquiátricos. Como resultado, a incapacidade de examinar os níveis de bem-estar e/ou ausência de patologia nestes grupos poderá levar a que os níveis de morbidez aumentem ainda mais. Assim, a administração de instrumentos de rastreio como o MHI a estas populações pode ser ainda mais relevante.

Limitações e estudos futuros

Existem algumas limitações nesta investigação, sendo os resultados do presente estudo considerados como preliminares, aconselhando-se a continuação da investigação neste âmbito.

Uma das limitações é a reduzida dimensão da amostra, que pode levar a que esta não seja representativa dos diferentes níveis, tipos e dimensões de *distress* e bem-estar psicológicos na população em geral. Desta limitação surge outra mais específica: a amostra clínica observada é composta principalmente por pessoas com níveis elevados de patologia e de incapacidade, uma vez que na sua grande maioria se encontram internados, não representando uma grande parte da população que procura ajuda. Além disso, não existe representatividade ao nível dessas perturbações, visto haver uma grande disparidade de diagnósticos entre os participantes da amostra clínica. Por esse motivo, de forma a clarificar melhor o papel de cada um dos tipos e níveis de

patologia, investigações futuras com populações com níveis (i.e., severidade) e tipos de patologia específicos dever-se-á clarificar a adequabilidade do MHI a diferentes contextos e populações. Seria também interessante replicar o estudo com pessoas que apresentem níveis moderados de sofrimento psicológico e não se encontrem em tratamento, de forma a perceber a sensibilidade do instrumento a quadros ainda não diagnosticados. Também seria importante conduzir estudos de validade preditiva das medidas.

A disparidade ao nível das populações usadas no presente estudo e no estudo original de Veit & Ware (1983) é uma das outras limitações no que diz respeito à análise da estrutura dimensional do instrumento. Contudo, seria interessante estudar futuramente se a medida reduzida MHI – 5 é uma alternativa mais adequada para o rastreio da saúde mental em contextos clínicos. Do mesmo modo, seria interessante replicar estudos para confirmar a estrutura encontrada, de forma a perceber se as diferenças observadas devem ser atribuídas a enviesamentos amostrais ou a outros fatores. Deverá, desta forma, examinar-se se as potenciais diferenças na estrutura dimensional do MHI para diferentes grupos de pessoas, tais como homens vs. mulheres, pessoas mais jovens vs. pessoas mais velhas ou pessoas com sintomas iniciais de psicopatologia vs. pessoas com sintomas avançados de psicopatologia. Os estudos de análise dimensional também beneficiariam de uma amostra de dimensão maior, apesar de se saber que a precisão e estabilidade da estrutura dimensional são influenciadas por outras variáveis além da dimensão da amostra (Manne & Shnoll, 2001).

O desequilíbrio entre o número de participantes do sexo feminino e do sexo masculino constitui-se como outra limitação. Diversos estudos demonstram que a prevalência de perturbações e os níveis de bem-estar são diferenciados para cada um dos sexos, podendo o maior número de mulheres observado no presente estudo enviesar os resultados do mesmo. Assim, estudos futuros podem aumentar as evidências de validade se usarem amostras mais equilibradas ao nível do sexo. Do mesmo modo, investigações futuras poderá representar a diversidade de estatutos socioeconómicos, sexo, níveis de escolaridade, entre outras variáveis demográficas e considerar a sua influência nos resultados. Amostras de maior dimensão e distribuídas equitativamente para as diferentes variáveis em estudo, podem também aumentar a confiança na generalização destes resultados a outras populações. Resultados deste tipo de estudo seriam interessantes também para avaliar a prevalência dos níveis de saúde mental em diferentes populações, de maneira a intervir de forma mais específica em contexto clínico.

Referências Bibliográficas

- Aaronson, N. K., Acquadro, C., Alonso, J., Apolone, G., Bucquet, D., Bullinger, M., ... & Ware Jr, J. E. (1992). International quality of life assessment (IQOLA) project. *Quality of life research*, 1(5), 349-351.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., ... & Silva, J. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1. ° Relatório. *World Mental Health Surveys Initiative: Lisboa*.
- Bertolote, J. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 7(2), 113-116.
- Berwick, D.M., Murphy, J.M., Goldman, P.A., Ware, J.E Jr, Barsky, A.J., & Weinstein, M.C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical-Care*, 29(2), 169-176.
- Bolsoni, L. M., & Zuardi, A. W. (2015). Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(1), 63-69.
- Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. & Kaemmer, B. (2001). MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2*) Manual for Administration, Scoring, and Interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Brundtland, G. H. (2000). Mental health in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 411-411.
- Coppock, V., & Dunn, B. (2009). *Understanding social work practice in mental health*. Sage.
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2011). Epidemiology of psychological distress. *Mental Illness. Understanding, Prediction and Control*, 105-134.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 1-11.
- Ebel, R. L. & Frisbie, D. A. (1986). *Essentials of education measurement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. (10th ed.). Boston: Pearson.

- Gerson, S., Mistry, R., Bastani, R., Blow, F., Gould, R., Llorente, M., ... & Jarvik, L. (2004). Symptoms of depression and anxiety (MHI) following acute medical/surgical hospitalization and post-discharge psychiatric diagnoses (DSM) in 839 geriatric US veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(12), 1155-1167.
- Heubeck, B. G., & Neill, J. T. (2000). Confirmatory factor analysis and reliability of the Mental Health Inventory for Australian adolescents. *Psychological Reports*, 87(2), 431-440.
- Holmes, W. (1998) A short, psychiatric, case-finding measure for HIV seropositive outpatients: Performance characteristics of the 5-item Mental Health subscale of the SF-20 in a male, seropositive sample. *Medical-Care*, 36(2), 237-243.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences†. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539.
- Keyes, C. L. M. (2009). Brief description of the mental health continuum short form (MHC-SF). *Atlanta, GA: Emory University*.
- Linacre, J. M. (2000). Redundant items, overfit and measure bias. *Rasch Measurement Transactions*, 14(3), 755.
- Manne, S., & Schnoll, R. (2001). Measuring cancer patients' psychological distress and well-being: A factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychological Assessment*, 13(1), 99.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L. & Lopez, S. J. (in press). The use of the "Mental Health Inventory - 5" with middle-school students. *The Spanish Journal of Psychology*.

- Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411-423.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research*, 45(1-3), 475-504.
- McCabe, C., Thomas, K., Brazier, J., & Coleman, P. (1996) Measuring the mental health status of a population: A comparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *British Journal of Psychiatry*, 169(4), 517-521.
- Means-Christensen, A. J., Arnau, R. C., Tonidandel, A. M., Bramson, R., & Meagher, M. W. (2005). An efficient method of identifying major depression and panic disorder in primary care. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(6), 565-572.
- Novo, R. F. (2003). *Para além da eudaimonia – O Bem-Estar Psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Novo, R. F. (2004). *O Bem-Estar subjectivo no contexto da saúde mental em adultos e idosos*. Comunicação apresentada no II Congresso Hispano-Português de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Lisboa, Portugal.
- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *RIDEP*, 20(2), 183-203.
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009). Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*.
- Ostroff, J. S., Woolverton, K. S., Berry, C., & Lesko, L. M. (1996). Use of the Mental Health Inventory with adolescents: a secondary analysis of the RAND Health Insurance Study. *Psychological Assessment*, 8(1), 105.

- Pessoa, F. (2006). *Aforismos e afins*. Editora Companhia das Letras.
- Pestana, M., H., & Gageiro, J., N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A complementaridade do SPSS* (5ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Ribeiro, J. P. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545.
- Ritvo, P. G., Fischer, J. S., Miller, D. M., Andrews, H., Paty, D. W., & LaRocca, N. G. (1997). Multiple sclerosis quality of life inventory: a user's manual. *New York: National Multiple Sclerosis Society*, 1-65.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Silva & Novo, R. (2002). Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory - MHI) adaptação portuguesa para adultos de idade avançada (Policopiado).
- Sigerist, H. E. (1941). *Medicine and human welfare* (Vol. 1940). Ayer Publishing.
- Thorsen, S. V., Rugulies, R., Hjarsbech, P. U., & Bjorner, J. B. (2013). The predictive value of mental health for long-term sickness absence: the Major Depression Inventory (MDI) and the Mental Health Inventory (MHI-5) compared. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 115.
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Abdin, E., Picco, L., Chua, B. Y., Eng, G. K., ... & Chong, S. A. (2014). Development, validity and reliability of the short multidimensional positive mental health instrument. *Quality of Life Research*, 23(5), 1459-1477.
- Vaingankar, J. A., Subramaniam, M., Chong, S. A., Abdin, E., Edelen, M. O., Picco, L., ... & Sherbourne, C. (2011). The positive mental health instrument: development and validation of a culturally relevant scale in a multi-ethnic asian population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 1-18.

van den Beukel, T. O., Siegert, C. E., van Dijk, S., Ter Wee, P. M., Dekker, F. W., & Honig, A. (2012). Comparison of the SF-36 Five-item Mental Health Inventory and Beck Depression Inventory for the screening of depressive symptoms in chronic dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(12), 4453-4457.

Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730.

Ware, J., Manning, W., Duan, N., Wells, K., & Newhouse, J. (1984). Health status and the use of outpatient mental health services. *American Psychologist*, 39(10), 1090-1100.

Ware, J. E., & Gandek, B. (1994). The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health*, 49-73.

Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E., & Gandek, B. (2000). *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Quality Metric Inc..

Weinstein, M.C., Berwick, D.M., Goldman, P.A., Murphy, J.M., & Barsky, A.J. (1989). A comparison of three psychiatric screening tests using receiver operating characteristic (ROC) analysis. *Medical Care*, 27(6), 593-607.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.

Winefield, H. R., Gill, T. K., Taylor, A. W., & Pilkington, R. M. (2012). Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both?. *Psychology of Well-Being*, 2(1), 1-14.

Yamazaki, S., Fukuhara, S., & Green, J. (2005). Usefulness of five-item and three-item Mental Health Inventories to screen for depressive symptoms in the general population of Japan. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3(48).

Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal—rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(1), 19.

Anexos

Anexo A

Instrumentos: Caracterização das escalas em estudo

Tabela A1. Escalas do SPWB

Escalas	Resultados Elevados	Resultados Baixos
Aceitação de Si	Possui uma atitude positiva em relação a si próprio; reconhece e aceita a multiplicidade de aspetos do <i>self</i> , incluindo as qualidades boas e más; nutre sentimentos positivos acerca do seu passado	Sente-se insatisfeito consigo, está desapontado com o que ocorreu na sua vida no passado, está preocupado acerca de certas qualidades pessoais; deseja ser diferente daquilo que é.
Relações Positivas	Tem relações calorosas, satisfatórias e de confiança com os outros; está preocupado com o bem-estar dos outros; é capaz de sentir forte empatia, afeto, e intimidade; compreende o dar e receber inerente às relações humanas.	Tem apenas algumas relações próximas e de confiança com os outros; sente dificuldade em ser caloroso, aberto e em se preocupar com os outros; é isolado e frustrado nas relações pessoais; não está disposto a fazer compromissos que sustentem importantes laços com os outros.
Autonomia	É autodeterminado e independente; consegue resistir a pressões sociais para pensar e agir de certas maneiras; regula o seu comportamento a partir do interior; avalia-se através de padrões pessoais.	Está preocupado acerca das expectativas e avaliações dos outros; conta com os julgamentos dos outros para tomar decisões importantes; conforma-se com pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira.
Domínio do Meio	Tem um sentimento de domínio e competência em gerir o ambiente; controla o complexo conjunto de atividades externas; faz um uso eficaz das oportunidades que o cercam; é capaz de escolher ou criar contextos adequados às suas necessidades e valores.	Tem dificuldade em gerir assuntos quotidianos; sente-se incapaz de mudar ou melhorar o contexto que o rodeia; não está consciente das oportunidades que o cercam; carece de uma noção de controlo sobre o mundo externo.
Objetivos na Vida	Tem objetivos na vida e um noção do rumo a seguir com a mesma; sente que há significado na sua vida no presente e no passado; detém crenças que dão propósito à vida; tem metas e objetivos para a vida.	Carece de uma noção de significado na vida; tem poucas metas ou objetivos; não tem um rumo determinado na vida; não tem nenhuma perspetiva ou crença que dê sentido à vida.
Crescimento Pessoal	Tem um sentimento de desenvolvimento contínuo; vê-se a crescer; está aberto a novas experiências; tem um sentido de realização do seu potencial; vê melhorias em si e no seu comportamento ao longo do tempo; está a mudar de maneira que reflete mais o autoconhecimento e a eficácia.	Tem uma sensação de estagnação pessoal; sente-se entediado e desinteressado com a vida; sente-se incapaz de desenvolver novas atitudes ou comportamentos.

Nota. Esta tabela foi retirada e traduzida de Ryff and Keyes (1995, p.1072)

Tabela A2. Escalas Clínicas Base do MMPI – 2

Escalas Clínicas		Objetivo
Hs	Hipocondria	Visa identificar pessoas que se preocupam exageradamente acerca da sua saúde, que exageram sintomas físicos, que são exigentes e imaturos (Hathaway & McKinley, 1940).
D	Depressão	Visa identificar pessoas com depressão clínica (escala frequentemente associada com Depressão Major), pessimistas e com sentimentos de culpa (Hathaway & McKinley, 1942).
Hy	Histeria	Visa identificar pessoas que demonstrem reações histéricas a acontecimentos perturbadores e que possam sentir-se, entre outras manifestações, facilmente irados se não conseguirem obter a atenção e o afeto de que se sentem merecedoras (Butcher et al., 2001; Graham, 2000).
Pd	Psicopatia	Visa identificar pessoas com diagnóstico de personalidade psicopática, do tipo amoral ou antissocial, com dificuldades em incorporar e conduzir-se pelos valores e regras sociais vigentes, bem como em fazer planos e adiar recompensas; que são predominantemente rebeldes, hostis, impulsivas e impacientes, gostam do risco e que podem expressar comportamentos agressivos (Borum et al., 2003; Craig, 2005; Detrick et al., 2001; Winters, 1988).
Pa	Paranoia	Visa identificar pessoas desconfiadas, hostis, excessivamente sensíveis, vingativos, que tenham delírios de perseguição ou grandiosidade e que utilizam a projeção (Hathaway & McKinley, 1956).
Pt	Psicastenia	Visa identificar pessoas que sintam ansiedade obsessiva-compulsiva, tenham tendência para fobias, medos irracionais, dificuldades de concentração, tensas, com falta de confiança em si próprios, moralidade rígida, perfeccionismo e dependência (Hathaway & McKinley, 1942).
Sc	Esquizofrenia	Visa identificar pessoas que falham no teste da realidade, que tenham sentimentos irrealistas, inseguranças, tendências esquizotípicas, alienação, timidez, ansiedade, excesso de investimento na fantasia, preocupações sexuais, não conformidade, pensamento imaturo e desorganizado (Hathaway & McKinley, 1956).
Ma	Hipomania	Visa identificar pessoas, que demonstrem humor elevado, discurso e atividade motora acelerados, fuga de pensamento, alternados por breves períodos de depressão e que, entre outras manifestações, podem apresentar episódios breves de irritabilidade, hostilidade e agressividade (Graham, 2000).
Si	Introversão Social	Visa identificar pessoas tímidas, que são difíceis de conhecer, excessivamente sensíveis e controladas, submissas, convencionais, cautelosas, rígidas e taciturnas (Drake, 1946).

Tabela A3. Escalas de Validade do MMPI – 2

Tipo	Escala	Legenda	Conteúdo
Omissões	?	<i>Cannot Say</i>	Soma dos itens não assinalados
Consistência de Resposta	VRIN	<i>Variable Reponse Consistency Scale</i>	Resposta inconsistente a pares de itens de conteúdo oposto
	TRIN	<i>True Response Consistency Scale</i>	Resposta inconsistente a pares de itens de conteúdo oposto
Precisão de Resposta: Escalas de Exagero	F	<i>Infrequency</i>	Indica desvio, exagero, não convencionalidade na resposta ou patologia severa
	Fp	<i>Infrequency Psychopathology Scale</i>	Itens semelhantes a F, mas validados em população não normal, tornando-a mais sensível à patologia
Precisão de Resposta: Escalas de Minimização	L	<i>Lie</i>	Não implica a mentira como tal, mas apenas a minimização de falhas de carácter que implicam reprovação social mínima, por receio das consequências da avaliação
	K	<i>Correction</i>	Escala mais subtil que a L, que filtra o número de falsos negativos, na medida em que é sensível à gestão positiva de impressões
	S	<i>Superlative Self-Presentation Scale</i>	Como a K, é influenciada pela intenção de gerir positivamente as impressões, mas mais tendente a detectar a necessidade de desejabilidade social

Nota. Escalas de validade do MMPI – 2, por tipo e conteúdo (Nichols; 2003)

Tabela A4. Escalas do PSY-5 do MMPI – 2

Escalas PSY-5		Objetivo
AGGR	Agressividade	Identifica indivíduos que retiram prazer da intimidação e que usam a agressão reactivamente ou como um meio para atingir fins. Está ligada a sentimentos com o ódio, bem como à necessidade de dominação (Butcher et al., 2001).
PSYC	Psicoticismo	Avalia a perda de contacto com a realidade e identifica indivíduos com pensamento desorganizado, bizarro, desorientado, circunstancial ou tangencial, com ideias paranóides e alucinações (<i>idem</i>).
DISC	Desinibição	Identifica indivíduos desinibidos, impulsivos, com gosto pelo risco e pouco tradicionais (<i>idem</i>). Construída para avaliar um traço estável associado com a perturbação de personalidade anti-social e com a psicopatia, tem sido considerada superior à escala clínica Pd na predição de traços psicopáticos. (Sellborn et al, 2007).
NEGE	Emocionalidade Negativa/Neuroticismo	Avalia uma disposição da personalidade tendente a vivenciar estados de afeto negativos, com propensão para a preocupação, para a auto-crítica, para a culpa e para a antecipação de cenários catastróficos (Butcher et al., 2001).
INTR	Introversão /Baixa Emocionalidade Positiva	Identifica indivíduos com pouca capacidade para vivenciar estados de alegria ou de envolvimento positivo, com baixa capacidade hedónica e que apresentam taxas elevadas de distímia e de depressão (<i>idem</i>).

Anexo B

Dados Descriminados dos Estudos: Tabelas Complementares

Tabela B1. Estatísticas descritivas e Consistência Interna das medidas do MHI

Amostra	Escala	Estatísticas Descritivas								
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>A</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>K</i>	<i>S</i>	α
Total (<i>N</i> =64)	MHI- Total	7.38	1.91	7.57	8.2	2.74	10.94	-0.53	-0.25	0.98
	Distress Psicológico	3.93	1.06	4.11	4.49	1.2	5.69	-0.61	-0.43	0.92
	Bem-Estar Psicológico	3.45	0.96	3.45	4.24	1.21	5.45	-0.04	-0.035	0.94
	Ansiedade	3.69	1.05	3.76	4.2	1.2	5.4	-0.84	-0.2	0.92
	Depressão	3.98	1.13	4.16	4.76	1.24	6	-0.53	-0.41	0.85
	Perda de Controlo	4.14	1.14	4.39	4.51	1.16	5.67	-0.17	-0.75	0.94
	Afeto Positivo	3.25	0.97	3.18	4.18	1.09	5.27	-0.52	-0.03	0.94
	Laços Emocionais	3.65	1.18	3.67	5	1	6	-0.7	-0.09	0.74
Clínica (<i>N</i> =31)	MHI- Total	5.92	1.35	6	5.86	2.74	8.61	0.27	-0.39	0.95
	Distress Psicológico	3.14	0.84	3.08	3.53	1.2	4.73	-0.32	-0.13	0.94
	Bem-Estar Psicológico	2.96	0.97	3	3.67	1	4.67	-0.83	-0.09	0.86
	Ansiedade	2.94	0.81	2.8	3.2	1.2	4.4	-0.44	0.1	0.72
	Depressão	3.17	0.91	3.12	3.52	1.24	4.76	-0.57	-0.17	0.77
	Perda de Controlo	3.31	1	3.56	4.07	1.16	5.22	-0.42	-0.33	0.9
	Afeto Positivo	2.6	0.7	2.64	3	1.09	4.09	0.17	-0.34	0.86
	Laços Emocionais	2.96	0.97	3	3.67	1	4.67	-0.83	-0.09	0.57
Não Clínica (<i>N</i> =33)	MHI- Total	8.75	1.21	8.81	5.2	5.75	10.94	-. 153	-0.39	0.95
	Distress Psicológico	4.68	0.62	4.83	2.54	3.15	5.69	0.38	-0.7	0.93
	Bem-Estar Psicológico	4.07	0.75	3.89	2.89	2.56	5.45	-0.74	-0.1	0.9
	Ansiedade	4.38	0.72	4.6	2.7	2.7	5.4	-. 609	-0.48	0.73
	Depressão	4.73	0.71	4.76	3.04	2.96	6	0.26	-0.53	0.78
	Perda de Controlo	4.92	0.56	5.11	2.33	3.33	5.67	0.67	-0.92	0.86
	Afeto Positivo	3.86	0.79	4	3.18	2.09	5.27	-0.42	-0.38	0.91
	Laços Emocionais	4.29	0.99	4.33	3.67	2.33	6	-0.8	-0.29	0.66

Nota. K – Kurtosis; S – Skewness

Tabela B2. Estatística Descritiva das Escalas do EBEP por Grupo de Condição Clínica

Escalas	AT (N=64)			AC (N=31)			ANC (N=33)		
	<i>M (SD)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Total	358.42 (53.0)	224	453	318.26 (38.1)	224	382	396.15 (36.7)	292	453
A	60.69 (9.1)	37	81	58.55 (9.1)	37	72	62.70 (8.8)	48	81
DM	56.08 (10.7)	27	76	49.10 (8.2)	27	67	62.64 (8.4)	40	76
CP	66.17 (9.5)	37	81	61.32 (9.7)	37	80	70.73 (6.8)	51	81
RP	60.84 (12.8)	29	82	52.71 (11.7)	29	82	68.48 (8.4)	45	79
OV	58.45 (11.8)	33	78	49.87 (9.0)	33	67	66.52 (7.8)	42	78
AS	56.19 (12.7)	32	81	46.71 (9.2)	32	66	65.09 (65.1)	40	81

Nota. AT - Amostra Total; AC - Amostra Clínica; ANC - Amostra Não Clínica; A - Autonomia; DM - Domínio do Meio; CP - Crescimento Pessoal; RP - Relações Positivas; OV - Objetivos na Vida; AS - Aceitação de Si; M - Média; SD - Desvio-padrão; min - Mínimo; max - Máximo

Tabela B3. Correlações (Pearson) entre as medidas do MHI e as medidas do EBEP e respectivas dimensões, por amostra

	AC (N=31)			ANC (N=33)		
	MHI - Total	MHI - DP	MHI - BEP	MHI - Total	MHI - DP	MHI - BEP
EBEP	A	.12	.22	-.03	.31	.45**
	DM	.40*	.43*	.26	.77**	.72**
	CP	.50**	.50**	.38*	.20	.12
	RP	.43*	.18	.62**	.60**	.50**
	OV	.36*	.32	.31	.54**	.41*
	AS	.09	.10	.07	.65**	.64**
	Total	.48**	.42*	.43*	.69**	.64**

Nota. AC - Amostra Clínica; ANC - Amostra Não Clínica; DP - Distress Psicológico; BEP - Bem-Estar Psicológico; A - Autonomia; DM - Domínio do Meio; CP - Crescimento Pessoal; RP - Relações Positivas; OV - Objetivos na Vida; AS - Aceitação de Si; M - Média; * $p \leq .05$; ** $p \leq .00$

Tabela B4. Estatística Descritiva do MMPI – 2 por amostra

Escala	AT (N=64)			AC (N=31)			ANC (N=33)		
	<i>M (SD)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>M (SD)</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Hs	58.63 (13.4)	35	92	66.94 (13.2)	40	92	50.82 (7.7)	35	67
D	65.55 (16.0)	36	96	78.55 (9.7)	57	96	53.33 (9.7)	36	77
Hy	58.75 (14.9)	31	92	69.39 (11.9)	47	92	48.76 (9.5)	31	77
Pd	60.95 (13.5)	36	92	69.71 (12.0)	45	92	52.73 (9.1)	36	76
Pa	58.20 (15.8)	34	119	68.03 (16.1)	39	119	48.97 (8.1)	34	67
Pt	62.28 (17.0)	35	96	75.58 (13.1)	42	96	49.79 (8.7)	35	66
Sc	62.75 (16.6)	33	113	75.23 (12.6)	57	113	51.03 (10.2)	33	79
Ma	55.59 (12.8)	37	101	56.94 (11.8)	39	76	54.33 (13.7)	37	101
Si	55.31 (12.0)	33	89	62.32 (10.5)	42	89	48.73 (9.4)	33	69
AGGR	51.98 (9.9)	30	79	50.71 (9.2)	35	71	53.18 (10.4)	30	79
PSYC	57.92 (11.3)	35	104	64.42 (11.0)	50	104	51.82 (9.3)	35	84
DISC	49.81 (12.1)	30	79	45.97 (10.7)	30	79	53.42 (12.4)	35	75
NEGE	60.20 (11.6)	41	86	67.26 (10.4)	48	86	53.58 (8.4)	41	70
INTR	56.67 (13.7)	35	102	65.87 (12.2)	44	102	48.03 (8.4)	35	65
L	59.63 (10.8)	33	86	62.26 (12.4)	33	86	57.15 (8.5)	39	81
F	63.53 (16.4)	39	120	74.61 (15.2)	51	120	53.12 (8.9)	39	82
K	45.81 (8.5)	30	65	42.39 (7.1)	30	56	49.03 (8.6)	37	65
S	44.69 (8.0)	30	64	40.90 (6.8)	30	55	48.24 (7.5)	34	64

Nota. AT - Amostra Total; AC - Amostra Clínica; ANC - Amostra Não Clínica; M - Média; SD - Desvio-padrão; min - Mínimo; max - Máximo; F - Valor observado de F; *Variância entre Condição Clínica (Amostra Clínica e Amostra Não Clínica)

Tabela B5. Correlações (Pearson) entre as medidas do MHI e as escalas do MMPI – 2, por amostra

		AC (N=31)			ANC (N=33)		
		Total	DP	BEP	Total	DP	BEP
MMPI	Hs	.00	.01	-.01	-.26	-.26	-.20
	D	-.36*	-.33	-.31	-.57**	-.56**	-.48**
	Hy	-.07	-.08	-.03	-.19	-.23	-.12
	Pd	-.11	-.07	-.12	-.47**	-.33	-.48**
	Pa	-.28	-.29	-.20	-.17	-.37*	.03
	Pt	-.19	-.26	-.05	-.58**	-.62**	-.43*
	Sc	-.43*	-.40*	-.37*	-.19	-.10	-.22
	Ma	-.03	-.19	.17	.28	.27	.22
	Si	-.34	-.30	-.31	-.48**	-.40*	-.45**
	AGGR	-.06	-.15	.07	.29	.15	.35*
	PSYC	-.49**	-.57**	-.26	.02	-.13	.14
	DISC	.39*	.31	.39*	.40*	.40*	.31
	NEGE	-.35	-.45*	-.14	-.33	-.54**	-.09
	INTR	-.35	-.19	-.46**	-.43*	-.37*	-.39*
	L	-.09	-.05	-.12	-.15	-.06	-.19
	F	-.33	-.36*	-.20	-.06	-.15	.03
	K	.27	.39*	.05	.20	.33	.05
	S	.25	.42*	-.02	.44**	.53**	.28

Nota. AC - Amostra Clínica; ANC - Amostra Não Clínica; DP – Distress Psicológico; BEP- Bem-Estar Psicológico; * $p \leq .05$; ** $p \leq .001$

Tabela B6. Frequência do EBEP – Total por categorias (inferior/superior à média) nas categorias de MHI (inferior/superior à média)

		EBEP - Total	
		< <i>M</i> (358.42)	> <i>M</i>
MHI - Total	AT (<i>N</i> =64)	< <i>M</i> (7.38)	15
		> <i>M</i>	16
	AC (<i>N</i> =31)	< <i>M</i> (7.38)	0
		> <i>M</i>	33
	ANC (<i>N</i> =33)	< <i>M</i> (7.38)	12
		> <i>M</i>	5
MHI - BEP	AT (<i>N</i> =64)	< <i>M</i> (7.38)	1
		> <i>M</i>	4
	AC (<i>N</i> =31)	< <i>M</i> (7.38)	0
		> <i>M</i>	28
	ANC (<i>N</i> =33)	< <i>M</i> (7.38)	15
		> <i>M</i>	17
MHI - DP	AT (<i>N</i> =64)	< <i>M</i> (3.45)	0
		> <i>M</i>	32
	AC (<i>N</i> =31)	< <i>M</i> (3.45)	11
		> <i>M</i>	6
	ANC (<i>N</i> =33)	< <i>M</i> (3.45)	6
		> <i>M</i>	26
MHI - DP	AT (<i>N</i> =64)	< <i>M</i> (3.93)	15
		> <i>M</i>	11
	AC (<i>N</i> =31)	< <i>M</i> (3.93)	0
		> <i>M</i>	37
	ANC (<i>N</i> =33)	< <i>M</i> (3.93)	10
		> <i>M</i>	7
MHI - DP	AT (<i>N</i> =64)	< <i>M</i> (3.93)	1
		> <i>M</i>	1
	AC (<i>N</i> =31)	< <i>M</i> (3.93)	0
		> <i>M</i>	30
	ANC (<i>N</i> =33)	< <i>M</i> (3.93)	1
		> <i>M</i>	30

Tabela B7. Frequência do MMPI por categorias (inferior/superior a T65) nas categorias de MHI (inferior/superior à média)

		MHI - Total ($M = 7.38$)						MHI - DP ($M = 3.93$)						
		AT ($N=64$)		AC ($N=31$)		ANC ($N=33$)		AT ($N=64$)		AC ($N=31$)		ANC ($N=33$)		
		$< M$	$> M$	$< M$	$> M$	$< M$	$> M$	$< M$	$> M$	$< M$	$> M$	$< M$	$> M$	
MMPI	Hs	$T \leq 65$	16	27	12	0	4	27	11	31	10	2	1	29
		$T > 65$	15	6	14	5	1	1	15	6	14	5	1	1
	D	$T \leq 65$	2	28	1	1	1	27	0	30	0	2	0	28
		$T > 65$	29	5	25	4	4	1	26	7	24	5	2	2
	Hy	$T \leq 65$	12	29	8	2	4	27	8	32	7	3	1	29
		$T > 65$	19	4	18	3	1	1	18	5	17	4	1	1
	Pd	$T \leq 65$	9	30	6	3	3	27	6	32	5	4	1	28
		$T > 65$	22	3	20	2	2	1	20	5	19	3	1	2
	Pa	$T \leq 65$	17	30	12	3	5	27	13	33	11	4	2	29
		$T > 65$	14	3	14	2	0	1	13	4	13	3	0	1
	Pt	$T \leq 65$	9	29	5	1	4	28	5	32	4	2	1	30
		$T > 65$	22	4	21	4	1	0	21	5	20	5	1	0
	Sc	$T \leq 65$	10	28	5	1	5	27	5	32	3	3	2	29
		$T > 65$	21	5	21	4	0	1	21	5	21	4	0	1
	Ma	$T \leq 65$	23	26	18	4	5	22	18	30	16	6	2	24
		$T > 65$	8	7	8	2	0	6	8	7	8	1	0	6
	Si	$T \leq 65$	19	31	16	4	3	27	16	34	15	5	1	29
		$T > 65$	12	2	10	1	2	1	10	3	9	2	1	1
	AGGR	$T \leq 65$	29	29	24	4	5	25	24	33	22	6	2	27
		$T > 65$	2	4	2	1	0	3	2	4	2	1	0	3
PSYC	$T \leq 65$	17	31	13	5	4	26	13	35	11	7	2	28	
	$T > 65$	14	2	13	0	1	2	13	2	13	0	0	2	
DISC	$T \leq 65$	31	25	26	4	5	21	26	29	24	6	2	23	
	$T > 65$	0	8	0	1	0	7	0	8	0	1	0	7	
NEGE	$T \leq 65$	12	32	8	3	4	25	7	32	6	5	1	27	
	$T > 65$	16	1	18	2	1	3	19	5	18	2	1	3	
INTR	$T \leq 65$	15	32	11	4	4	28	10	36	9	6	1	30	
	$T > 65$	16	1	15	1	1	0	16	1	15	1	1	0	
L	$T \leq 65$	18	26	14	2	4	24	15	29	13	3	2	26	
	$T > 65$	13	7	12	3	1	4	11	8	11	4	0	4	
F	$T \leq 65$	9	27	5	1	4	26	4	31	3	3	1	28	
	$T > 65$	22	6	21	4	1	2	22	6	21	4	1	2	
Fp	$T \leq 65$	16	26	11	1	5	25	11	30	9	3	2	27	
	$T > 65$	15	7	15	4	0	3	15	7	15	4	0	3	
K	$T \leq 65$	31	32	26	5	5	27	26	36	24	7	2	29	
	$T > 65$	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	
S	$T \leq 65$	31	33	26	5	5	28	26	37	24	7	2	30	
	$T > 65$	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	